



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	<u>Contestação</u>	Contestação
32926 137	04/08/2020 15:01	<u>2737530_CONTESTACAO_Anexo_04</u>	Outros Documentos
32926 142	04/08/2020 15:01	<u>2737530_CONTESTACAO_Anexo_03</u>	Outros Documentos
32926 143	04/08/2020 15:01	<u>2737530_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/08/2020 15:01:18
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008041501173160000031523956>
Número do documento: 2008041501173160000031523956

Num. 32926130 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/08/2020 15:01:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080415011941100000031523963>
Número do documento: 20080415011941100000031523963

Num. 32926137 - Pág. 1



28 JAN. 2019

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 Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445 / 312

Nome completo:

Francinaldo Alves de Souza

CPF:

011.173.614-54

Profissão:

Operador

Endereço:

Rua José Rodrigues Correa

Número:

SN

Bairro:

Nossa Senhora Aparecida

Cidade:

Engenheiro Sales

Estado:

PB

E-mail:

vereadordpvat06@hotmail.com

CEP:

589.00-000

(83) 99813.12.46

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

 RECUZO 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) CONTA CORRENTE (todos os bancos) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1053

0

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 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 atende 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:

MORTE

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: Capágiras - PB 28/01/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Francinaldo Alves de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Barros Britto J. Souza

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (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.

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

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

Num. 32926142 - Pág. 1



Bradesco

Dia & Noite

BON - 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

DIA	DEZEMBRO/2018		VALOR
	HISTORICO	N.DOCTO	
	SALDO ANTERIOR		
22	JANEIRO/2019		
	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 Atm 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**
Vitima: **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





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.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00813/00814 - carta_25 - DAMS



00020407





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

Rio de Janeiro, 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.

Pag. 00471/00472 - carta_25 - DAMS



Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 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.

Pag. 00147/00148 - carta_25 - DAMS



Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 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.

Pag. 00065/00066 - carta_25 - DAMS



Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 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: LABISSA EVELYN ABALUO FERREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhora FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

Senior(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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/08/2020 15:01:20
<http://pj.e.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080415012010300000031523968>
Número do documento: 20080415012010300000031523968

Núm. 32926142 - Pág. 8



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

011.173.614-54

Nome completo da vítima

Francinaldo Alves de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Francinaldo Alves de Souza	CPF titular da conta	011.173.614-54	Profissão	Pescador.
Endereço	Rua José Rodrigues Coimbra	Número	5N.	Complemento	
Bairro	Nº 1 Centro Aparecida	Cidade	Paraná	Estado	58900-000
Email	Verasdpvata@hotmail.com	CEP		Telefone (DDD)	(83)99813-12-66

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO
Nome: _____ NRO: _____

AGÊNCIA
NRO.: _____ D/V: _____ CONTA
NRO.: _____ D/V: _____

(Informar digito se existir) (Informar digito 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.

Francinaldo Alves Souza

Local e Data

Francinaldo Alves Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

DOCUMENTO ORIGINAL

09 OUT. 2018



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
3^a Delegacia Regional de Polícia Civil
20^a Delegacia Seccional de Polícia
DELEGACIA DISTRITAL DE CAJAZEIRAS



GOVERNO
DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N°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.

HISTÓRICO 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.

Notificante

Testemunha Arrogada

POLEG

AR

DIREIT

TO

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

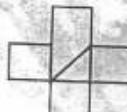


Joabson L. dos Santos
Agente Polícia Civil
Mat.: 181.946-1

09 OUT. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL



 SUS UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL		16:32	
NOME: HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS CÓDIGO DO CNES: 2613476 CNPJ: 08.778.268/0002-23 ENDEREÇO: TABELIÃO ANTÔNIO HOLANDA, S/N MUNICÍPIO: CAJAZEIRAS ESTADO: PARAÍBA UF: 25		MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS 1. <u>1000ml de soro fisiológico + 400 ml de soro 5% glicose</u> . R\$ 18,00 2. <u>Oxigênio 2 litros / min + AD, em 6 litros, 18,2500,10</u> 3. 4.	
NOME: <u>Fábio Vinícius Alves de Souza</u> PACIENTE PROFISSÃO: <u>pescador</u> DOCUMENTO: <u>RG: 123456789</u> ENDEREÇO: <u>Av. Senador Araripe</u> MUNICÍPIO: <u>Cajazeiras</u> ESTADO: <u>paraíba</u> CÓDIGO DO MUNICÍPIO: DATA DO NASCIMENTO: <u>12/12/69</u> DATA DO ATENDIMENTO: <u>04/08/20</u>		CARÁTER 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	
PESO: <u>70</u> ALTURA: <u>1,70</u> TEMP: <u>36,5</u> ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO) <u>Passante de 10 dias de duração.</u> <u>Mal estar generalizado com sono decaído e</u> <u>exaustão, náuseas, constipação, febre alta de</u> <u>origem desconhecida, dor abdominal</u> <u>assintomática, dor lombar e dor nas costas</u> <u>assintomática, dor nas costas e dor lombar.</u>		PROCEDIMENTO - descrição: <u>Observação por 12 horas</u> 2018 09 OUT. 2018 DIAGNÓSTICO: <u>Tromboflebite Torácica</u>	
SSN MEDICAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> PRESCRITA <input checked="" type="checkbox"/> APLICADA		CID-10 ENCAMINHAMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> INTERNAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> OBITO <input checked="" type="checkbox"/> OUTROS	
SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO 1-101310110101012101 2-101310111010101121 3-1012101910131011121			
ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S) - carimbo			
RX Tóxicos EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)		CNS Dr. Manoel Henrique GOMES BO CRM Diagnóstico: 08/08/2020	
RX Tóxicos - Tóxico - resultados RESULTADOS		ASS. DO PACIENTE / ACCOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL  ASS. DO REVISOR TÉCNICO - carimbo	
Rx Tóxicos - Tóxico - resultados RESULTADOS		ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo	
08/08/2020 - Dr. Manoel Henrique GOMES BO CRM Diagnóstico: 08/08/2020			
08/08/2020 - Dr. Manoel Henrique GOMES BO CRM Diagnóstico: 08/08/2020			

FRANCINALDO ALVES DE SOUSA
RUA JOSE RODRIGUES COURA, S/N - N.SRA APARECIDA
ENGENHEIRO AVÔDOS / PB CEP: 58900000 (AO: 212)
Emissao: 26/06/2018 Referencia: Jun / 2018

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BÁSICA RENDA MONOFÁSICO/B200, Km25 - Crato Redentor - Jabo Pessoal/PB - CEP: 56071-000
Roteiro: 15 - 214 - 391 - 3440 N° medidor: 00098894868 CNPJ/08 095.183/0001-40 inst. Emt: 16015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°006.603.237/
Cód. para Déb. Automática: 80009548214

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

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

UC (Unidade Consumidora): **5/534821-4**

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.436, de 28 de abril de 2002.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 25/05/18	Data 26/06/18	Leitura 831	Leitura 1042	1
Demonstrativo				
CGI Descrição Quantidade Tarifa Vlr Base Calc Alq Icms(R\$) Base Calc Pto(R\$) Colis(R\$) TributosTeto(R\$) ICMS(R\$) PtoCusto(R\$) (R\$0,06%) (4,148%)				
0801 Consumo até 30kWh-BR	30.000 0,248430	7,48	7,48	27 2,02 7,48 0,07 0,31
0801 Consumo - 31 a 100kWh-BR	70.000 0,427620	29,93	29,93	27 6,08 29,93 0,27 1,24
0801 Consumo - 101 a 220kWh-BR	13.000 0,541420	8,33	8,33	27 2,25 0,33 0,07 0,34
0801 Adic. B. Amarela	0,13	0,13	0,13	27 0,03 0,13 0,00 0,00
0801 Adic. B. Vermelha	3,57	3,57	1,04	27 3,57 0,03 0,16 0,16
0810 Subsídio	29,93	29,93	27 10,70 29,93 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	0,08	0,00	0 0,00 0,00 0,00 0,00	
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2018	0,13	0,00	0 0,00 0,00 0,00 0,00	
3908 Devolução Subsídio	-29,93	0,00	0 0,00 0,00 0,00 0,00	

CCG: Código de Classificação do item TOTAL: 63,35 89,37 24,12 89,37 0,00 3,70

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

Histórico de Consumo (kWh)

134 | 97 | 181 | 107 | 137 | 104 | 100 | 106 | 90 | 97 | 89 | 76
Jun/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19

601f.ad1b.b7ac.53de.faa4.7c23.5517.17d8.

Indicadores de Qualidade 4/2018 - Caixa seca

Limites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)
DIC MENSAL	8,95	NOMINAL
DIC TRIMESTRAL	22,33	220
DIC ANUAL	44,65	
PIC MENSAL	7,82	CONTRATADA
PIC TRIMESTRAL	15,64	LÍMITE INFERIOR
PIC ANUAL	31,28	LÍMITE SUPERIOR
DMC	8,09	221
DICI	16,93	3,00

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia/PB	11,76	18,55
Comissão de Energia	17,03	26,94
Serviço de Transmissão	1,80	2,84
Encargos Sociais	3,25	5,15
Preços Diretos e Encargos	29,55	48,91
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	63,35	100,00

Valor de BJSO (Ref. 4/2018) R\$1,47

09 OUT. 2018

ATENÇÃO

• Sua unidade forneçida como Básica Renda, tendo um desconto de R\$26,93
Ofício - Isenção IP

Faturas em atraso



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

Num. 32926142 - Pág. 12

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Recado para simples pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica.

Nº 012.340.593

DADOS DO CLIENTE

MANOEL VIEIRA DA SILVA
RUA JOSE RODRVALHO DE ALENCAR 339
CAJAZEIRAS



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 238, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 14.819.423-6

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/80691-9

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
SET/2018	14/09/2018	99	21/09/2018	R\$ 92,65

Acesse: www.energisa.com.br



MANOEL VIEIRA DA SILVA
Roteiro: 08-212-140-4720
83600000000-7 92650054000-6 00806912018-9 09000212019-5



VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
21/09/2018	R\$ 92,65	80691-2018-09-0

09 OUT. 2018

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

Num. 32926142 - Pág. 13

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Laurena Evelyn Graujo 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 Rodo Valho de Alencar</u>
Número	<u>331</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro.</u>
Cidade	<u>Lapazinas</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58900-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99813-1266 / 99415-5835</u>
E-mail	<u>liverasdpriatx@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Lapazinas-PB 01/10/2018

Assinatura do Declarante: Laurena Evelyn Graujo 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 RS|(VLTR RS)| VL ITEM RS

1 16649 AMOXICILINA+ACIDO CLAVU 875*****

1 UND X 137 136,88

36,55

Desconto 36,55

Valor Líquido 100,35

12 15084 PACO

2*****

1 UND X 23 22,59

6,05

Desconto 6,05

Valor Líquido 16,54

13 23316 FAIXA TORACICA 15CM TAM M MERCUR BC060

1 UND X 94 93,90

25,00

Desconto 25,00

Valor Líquido 68,90

14 15084 PACO

2*****

1 UND X 23 22,59

6,05

Desconto 6,05

Valor Líquido 16,54

15 11663 ACEBROFILINA

1 UND X 29 28,96

7,07

Desconto 7,07

Valor Líquido 005

QTD. TOTAL DE ITENS 211,10

VALOR TOTAL RS 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/nfce

518 0724 5020 4900 0100 6500 1000 0060 1910 0434 7302

Protocolo 000006019-3-1510017376661-2017-07-26 10:26:21

CONSUMIDOR CPF: 011.173.614-54

FRANCINALDO ALVES DE SOUZA

DISTRITO DE ENGENHEIRO AVIDOS S/N BOQUEIRÃO

CAJAZEIRAS



09 OUT. 2018

Vendedor: CISSY Venda: 434730

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

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

Num. 32926142 - Pág. 15



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98;

Pelo exposto, eu Lanissa Evelyn Brumio Ferreira inscrito (a) no CPF/CNPJ 071.430.873 / 90, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Françinaldo plus de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.173.614 / 54, do sinistro de DPVAT cobertura classe da Vítima Françinaldo plus de Souza, 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	Rua José Rodovilho de Almeida	Número	331	Complemento
Bairro	Centro	Cidade	Capaeiras	Estado
Email	veradpvatizq@hotmail.com	Telefone comercial(DDD)	(83)99813.12.66	Telefone celular (DDD)

Capaeiras, PB 01 de outubro de 2018.
Local e Data

Lanissa Evelyn Brumio Ferreira
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Jucivam Emídio de Souza
portador do RG: 1533981 data de expedição 20/05/1995,
órgão expedidor SSP PB CPF: 047.124.955-610
com domicílio na cidade de Lagoinhas, no estado de Pernambuco,
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/MOTOCICLETA

ANO: 2012

MODELO: MONDAZINI XE 150 BRASIL 2012

PLACAS: OFN 1775 - PB

CHASSI: 9C2KDD55DCR598882

DATA DO ACIDENTE: 07/07/2018

Lagoinhas - PB 26/07/2018.

Local e Data

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

+Maurimatto Alves de Souza
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro)
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRA

DOCUMENTO ORIGINAL

09 OUT. 2018

CARTÓRIO DE 1º OFÍCIO "DIMAS ANDRIOLA".
Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: JUCIVAM
EMÍDIO DE SOUSA . CONFERIDO (). POU FÉ.
CAJAZEIRAS - Paraíba, 26/07/2018.

RENE MOREIRA
Selo Digital de fiscalização tipo Normal B-AHG881D4-MIFX
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
EMOLUM: R\$ 11,38 FARFEN: R\$ 0,28 FEPJ: R\$ 2,27





09 OUT. 2018



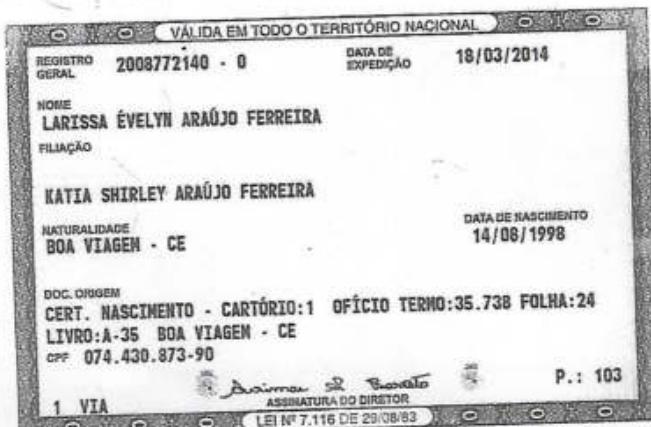
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/08/2020 15:01:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080415012010300000031523968>
Número do documento: 20080415012010300000031523968

Num. 32926142 - Pág. 18



09 OUT. 2018

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

Num. 32926142 - Pág. 19

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:	Nome completo da vítima: <i>Françinaldo Alves de Sousa</i>																	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012																			
Nome completo:	Profissão:	Endereço:	CPF:	Número:															
<i>Françinaldo Alves de Sousa</i>	<i>lixador</i>	<i>Rua José Rodrigues Coimbra</i>	<i>011.173.614-54</i>	<i>25</i>	Barro: <i>Nossa Senhora Apresentada</i>	Cidade:	<i>Engenheiro Daudes</i>	Estado:	CEP: <i>58900-000</i>	E-mail:	<i>verasdpvata@hotmail.com</i>				Tel.(DDD): <i>(83) 99813.1266</i>				
Barro: <i>Nossa Senhora Apresentada</i>	Cidade:	<i>Engenheiro Daudes</i>	Estado:	CEP: <i>58900-000</i>															
E-mail:	<i>verasdpvata@hotmail.com</i>																		
Tel.(DDD): <i>(83) 99813.1266</i>																			

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO 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 OPCIÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco(237) <input type="checkbox"/> Itaú(341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil(001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal(104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 040 CONTA: 045378 1 (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

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
Vivos: Falecidos:

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, *Lagoinhas - PB 06/03/2019*

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Francinaldo Alves de Sousa
Assinatura do Procurador (se houver)

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



09 OUT. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/08/2020 15:01:20
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008041501201030000031523968>
Número do documento: 2008041501201030000031523968

Núm. 32926142 - Pág. 21

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



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

Num. 32926142 - Pág. 22

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:	Nome completo da vítima:	
	01.173.614-54	Francinaldo Alves de Souza	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	01.173.614-54
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Varejista	Rua José Rodrigues Correa	500	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Nossa Senhora Aparecida	Bragança Paulista	São Paulo	58900-000
E-mail:	Tel.(DDD): (83)99813.12.66		
Verasdpvat02@hotmail.com			

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 1053 <input type="checkbox"/> CONTA: 2922007 <input type="checkbox"/>	AGÊNCIA: <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="checkbox"/>
(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

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 atende 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

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: 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, Carapicuíba - SP 29/10/2018
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Francinaldo Alves de Souza
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Francinaldo Alves de Souza

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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 duas 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.



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

Num. 32926142 - Pág. 24

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Francinaldo Alves de Souza
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Casado
Identidade: 18.756.128
CPF: 011 173.614-54
Profissão: Pescador
Endereço: Rua José Rodrigues Coimbra, s/n, N.Sra. Aparecida,
Engenheiro Amândio - 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 asseguradoras 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 Souza
Cajazeiras, 26 de julho de 2018.


H. Francinaldo Alves de Souza
ASSINATURA DO OUTORGANTE

DOCUMENTO ORIGINAL

09 OUT. 2018



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0370045/18

Vítima: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

CPF: 011.173.614-54

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/07/2018

Titular do CPF: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

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 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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA

MARCOS AURELIO VIDAL



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

Num. 32926142 - Pág. 26

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



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

Num. 32926142 - Pág. 27



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:	Nome completo da vítima:		
	011.173.614-54	Francinaldo Alves da Sousa		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		CPF:		
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:	
peixador	Rua José Rodrigues Coimbra	30.		
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:	
Almeida	Engenheiro Duodo	Piauí	58900-000	
E-mail:	Tel.(DDD): (83) 99813.1266			
vereadorfrancinaldo@hotmail.com				

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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 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 atende 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: Vivos: Falecidos: 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: *Lapazinhas - PB 06/02/2019*

Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(* Assinatura de quem assina A ROGO
Francinaldo Alves da Sousa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Francinaldo Alves da Sousa
 Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

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





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

Num. 32926142 - Pág. 29



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 Souza

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

Nome completo:

Profissão:

lixador

Endereço:

Rua José Rodrigues Loura

CPF:

011.173.614-54

Bairro: Nossa Senhora

Paracatu

Cidade:

Engenheiro Paulo

Número:

20

Complemento:

E-mail:

vereadorparatex@hotmail.com

Estado:

PB

58900-000

Tel.(DDD):

(83) 99813-1266

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

RENDIMENTO:

 RECUZO 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

AGÊNCIA:

CONTA:

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 permanente decorrente 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 _____ vivos: _____ Falecidos: _____Vítima deixou _____ nascituro (vai nascer)? Sim NãoVítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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 resarcir 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: lapazinham - PB 06/02/2019

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

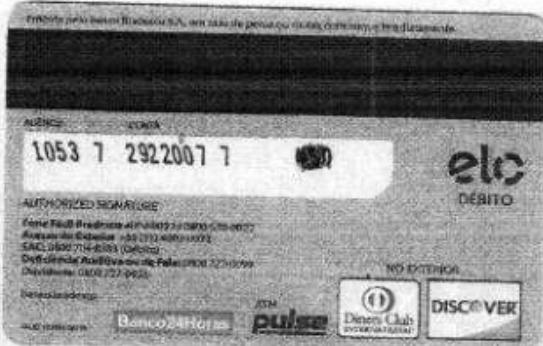
Assinatura do Procurador (se houver)

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 RGQ, 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



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

Num. 32926142 - Pág. 31

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



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

Num. 32926142 - Pág. 32



09 OUT. 2018

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

Num. 32926143 - Pág. 1



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

Num. 32926143 - Pág. 2



SUS

**ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS

CÓDIGO DO CNES: 2613476 CNPJ: 08.778.268/00020-23

ENDERECO: TABELIÃO ANTÔNIO HOLANDA, SIN

MUNICÍPIO: CAJAZEIRAS

ESTADO: PARAÍBA

UF:25

NOME: Fábio Vinícius Alves de Souza PACIENTE
PROFISSÃO: funcionário DOCUMENTO: RG 123456789
ENDERECO: Av. Senador Araripe A VELHO
MUNICÍPIO: Caiaçara ESTADO: paraíba
CÓDIGO DO MUNICÍPIO: 124567 CNS: 040718
DATA DO NASCIMENTO: 12/12/69 DATA DO ATENDIMENTO: 04/08/20

SSN

PESO: _____ ALTURA: _____ TEMP: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Presente sintomas de dor lombar e dor nas costas
desde ontem segundas últimas horas
maior intensidade nas costas, dor nas costas
intensificada, dor lombar moderada, dor nas costas
presente dor nas costas.

- MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS**
1. 1000 mg 1000 mg + 400 mg S 20, 30, R 18 hora
 2. Dipirona 200 mg + AD, 600 mg, 600 mg, 1000 mg
 3.
 4.

CARÁTER 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:

Observação perna 12 horas

2018

0 OUT.

DIAGNÓSTICO:

Tromboflebite Torácica

CID-10

MEDICAÇÃO

PRESCRITA

APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

- OBSERVAÇÃO
 INTERNAÇÃO
 ÓBITO
 OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

- 1-0131011016101012191
2-013101101010101121
3-012101910131011121

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

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

CNS

Dr. Mariano Henrique Góes

CRM

04/08/2020

RESULTADOS

Rx Tomografia das costas e盆腔

Ass. do Paciente / acompanhante ou responsável

OU POLEGAR DIREITO

04/08/2020

Ass. do Revisor Técnico - carimbo

Ass. do Revisor Administrativo - carimbo

04/08/2020

08/04/18 - Anam. Médico + Ortopédico:
De forma ativa, com P.A. e
exames de rotina.

09:20.

De forma ativa, com P.A. e
exames de rotina.

09:20.

Not intended for official interpretation.

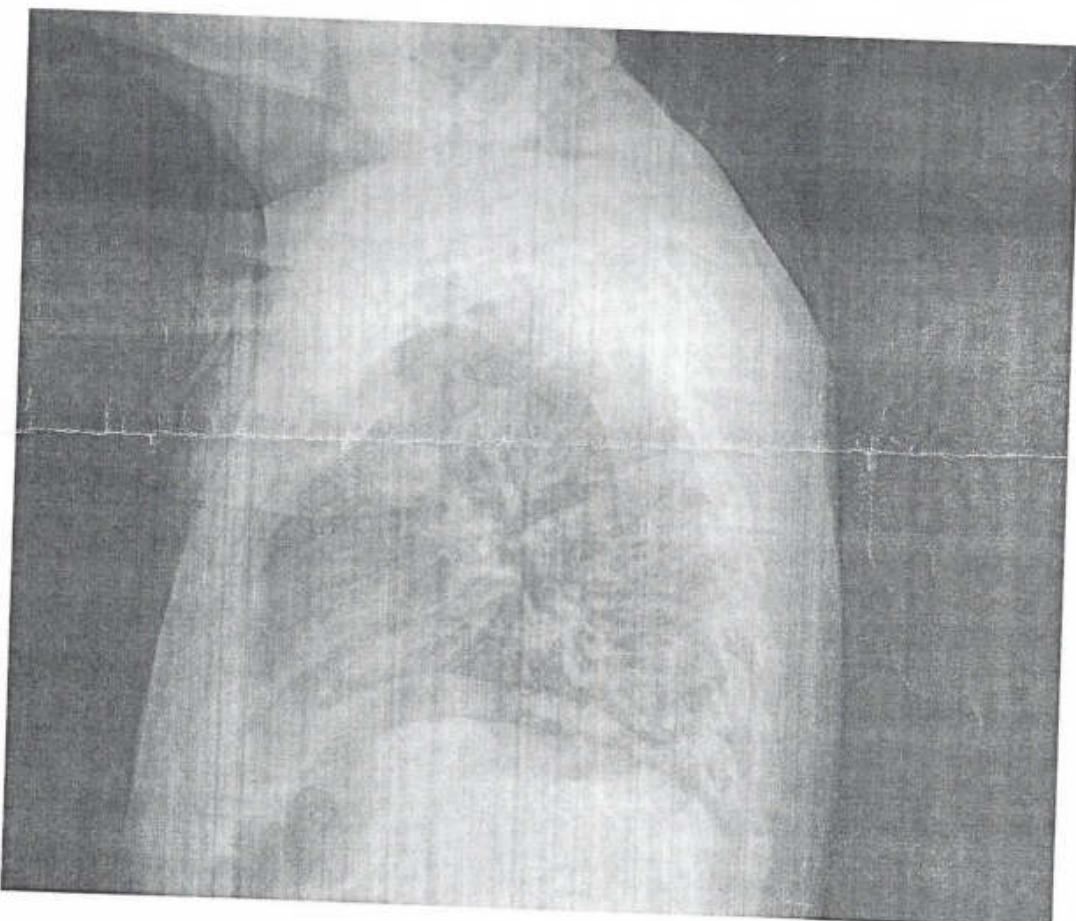
FRANCINALDO ALVES DE SOUZA
20100707-01-280
M 9/12/1969
1

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:0.65...

Zoom 105%



09 OUT. 2018

SID mm

7:17 PM
7/7/2018



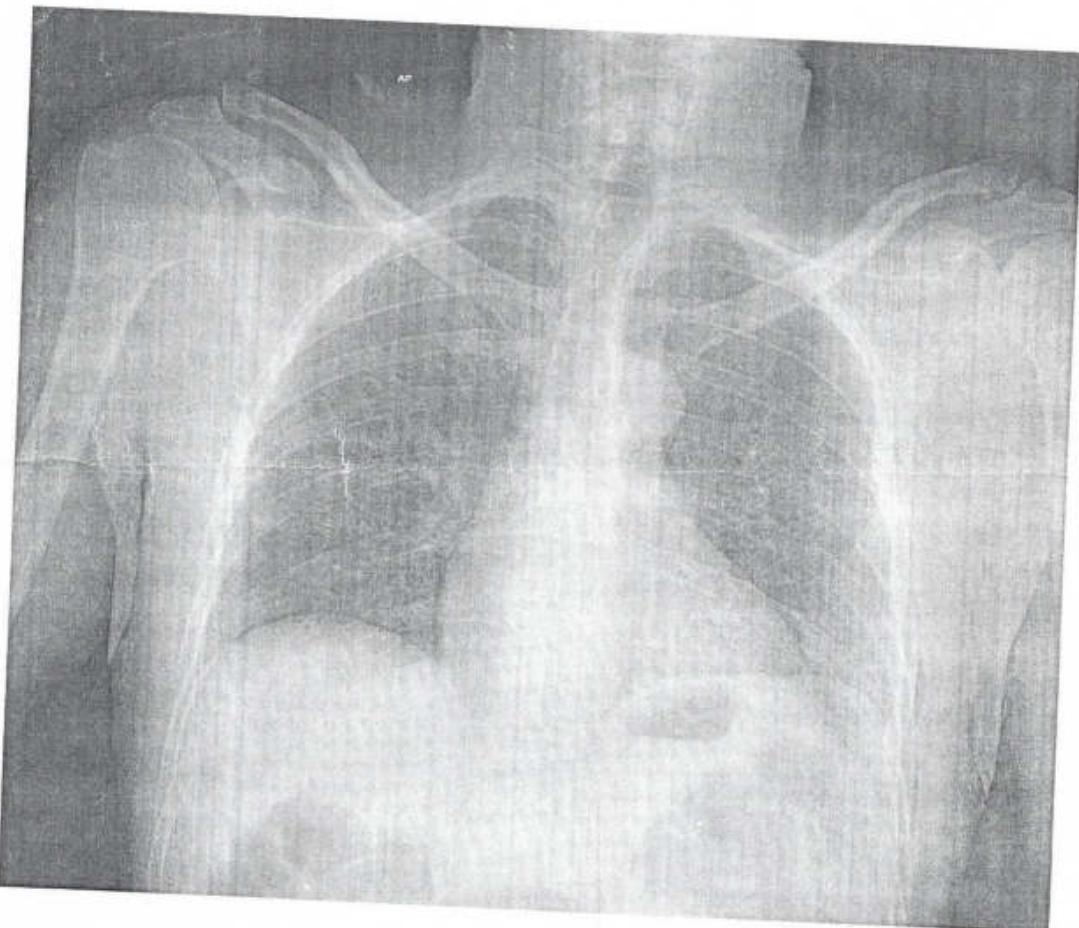
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/08/2020 15:01:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080415012079300000031523969>
Número do documento: 20080415012079300000031523969

Num. 32926143 - Pág. 4

Not intended for official interpretation.

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

Hospital Regional de Cajazeiras
- kV, - mAs
UNIQUE; S200 L:4.0 FB d:1.5 gr:0.5 sb:0.01 eq:0.7 nr:0.65 de:...
Zoom 105%



09 OUT. 2018

09 OUT. 2018

SID mm

7:17 PM
7/7/2018



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

Num. 32926143 - Pág. 5

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Jucivam Emídio de Souza
portador do RG: 1533981 data de expedição 20/05/1995,
órgão expedidor SSP PB CPF: 047.249.654-610
com domicílio na cidade de Lagoinhas, no estado de Pernambuco,
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/MOTOCICLETA

ANO: 2012

MODELO: MONDAZINI XE 150 BRASIL 2012

PLACAS: OFN 1775 - PB

CHASSI: 9C2KDD55DCR598882

DATA DO ACIDENTE: 07/07/2018

Lagoinhas - PB 26/07/2018.

Local e Data

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

+Miramalte Alves de Souza
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro)
RECONHECER A FIRMA DA ASSINATURA
POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRA

DOCUMENTO ORIGINAL

09 OUT. 2018



SUELIO MOREIRA TORRES
Selo Digital de fiscalização tipo Normal B-AHG881D4-MIFX
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
EMOLUM: R\$ 11,38 FARFEN: R\$ 0,28 FEPJ: R\$ 2,27





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98;

Pelo exposto, eu Lanissa Evelyn Brumio Ferreira inscrito (a) no CPF/CNPJ 071.430.873 / 90, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Françinaldo plus de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.173.614 / 54, do sinistro de DPVAT cobertura clams da Vítima Françinaldo plus de Souza, 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	Rua José Rodovilho de Almeida	Número	331	Complemento
Bairro	Centro	Cidade	Capaeiras	Estado
Email	veradpvatizq@hotmail.com	Telefone comercial(DDD)	(83)99813.12.66	Telefone celular (DDD)

Local e Data

Capaeiras, Pernambuco, 01 de outubro de 2018.

Assinatura do Declarante

Lanissa Evelyn Brumio Ferreira

DLDRL.001 V001/2017

DOCUMENTO ORIGINAL

09 OUT. 2018



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Recado para simples pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica.

Nº 012.340.593

DADOS DO CLIENTE

MANOEL VIEIRA DA SILVA
RUA JOSE RODRVALHO DE ALENCAR 339
CAJAZEIRAS



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 238, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Inscrição Estadual 14.819.423-6

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/80691-9

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
SET/2018	14/09/2018	99	21/09/2018	R\$ 92,65

Acesse: www.energisa.com.br



MANOEL VIEIRA DA SILVA
Roteiro: 08-212-140-4720
83600000000-7 92650054000-6 00806912018-9 09000212019-5



VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
21/09/2018	R\$ 92,65	80691-2018-09-0

09 OUT. 2018

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

Num. 32926143 - Pág. 8

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Laurena Evelyn Graujo 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 Rodo Valho de Alencar</u>
Número	<u>331</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro.</u>
Cidade	<u>Lagoinhas</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58900-000.</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99813-1266 / 99415-5835</u>
E-mail	<u>lucasdpriat@gmail.com</u>

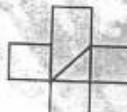
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Lagoinhas - PB 01/10/2018

Assinatura do Declarante: Laurena Evelyn Graujo Ferreira

09 OUT. 2018



 SUS UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL		16:32 16/08/2020 MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>1000 mg de Acetaminofeno + 400 mg de Sódio Clorato 200 mg de LAD, em gelo seco, 10g de Água de coco</u> 2. <u>Oxipacetina 200 mg + LAD, em gelo seco, 600 mg de Água de coco</u> 3. <u>Acetaminofeno 500 mg + 200 mg de Sódio Clorato 200 mg de LAD, em gelo seco, 10g de Água de coco</u> 4. <u>Acetaminofeno 500 mg + 200 mg de Sódio Clorato 200 mg de LAD, em gelo seco, 10g de Água de coco</u> 	
NOME: HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS CÓDIGO DO CNES: 2613476 CNPJ: 08.778.268/0002-23 ENDEREÇO: TABELIÃO ANTÔNIO HOLANDA, SIN MUNICÍPIO: CAJAZEIRAS ESTADO: PARAÍBA UF: 25		UNIDADE DE ATENDIMENTO NOME: <u>Fábio Henrique Alves de Souza</u> PACIENTE PROFISSÃO: <u>funcionário</u> DOCUMENTO: <u>RG: 123456789</u> ENDEREÇO: <u>Av. Senador Araripe, 1234, Centro, Cajazeiras</u> MUNICÍPIO: <u>Cajazeiras</u> ESTADO: <u>paraíba</u> CÓDIGO DO MUNICÍPIO: <u>12456789</u> CNS: <u>040718</u> DATA DO NASCIMENTO: <u>12/12/1969</u> DATA DO ATENDIMENTO: <u>04/08/2020</u>	
PESO: <u>70</u> ALTURA: <u>1,70</u> TEMP: <u>36,5</u> ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO) <p><u>Passante de 10 dias de duração de dor abdominal</u></p> <p><u>Passou por exames de sangue e urina sem resultados</u></p> <p><u>Exame de sangue sugeriu infecção urinária com bactéria</u></p> <p><u>Exame de urina confirmou infecção urinária com bactéria</u></p> <p><u>Medicamentos: oxipacetina 200 mg + LAD, em gelo seco, 10g de Água de coco.</u></p>		SSN 01 OUT. 2018 PROCEDIMENTO - descrição: <u>Observação de ferida aberta</u> CID-10 09 OUT. 2018 DIAGNÓSTICO: <u>Tromboflebite Torácica</u> MEDICAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> PRESCRITA <input checked="" type="checkbox"/> APLICADA ENCAMINHAMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> INTERNAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL <input checked="" type="checkbox"/> ÓBITO SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO 1-101310110101012101 2-1013101101010112101 3-101210191013101112101	
RX X Ressonância Magnética - <u>Normal</u> EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)		ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S) - carimbo CNS Dr. Manoel Henrique Góes Carvalho CRM 0123456789 ASS. DO PACIENTE / ACCOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL Dr. Manoel Henrique Góes Carvalho CRM 0123456789 ASS. DO REVISOR TÉCNICO - carimbo ASS. DIRETOR ADMINISTRATIVO - carimbo	
RX Tomografia - <u>Normal</u> RESULTADOS			
08/04/18 - <u>Tomografia do abdômen + pelve</u> , Dr. <u>Manoel Henrique Góes Carvalho</u> 19/20			

FRANCINALDO ALVES DE SOUSA
RUA JOSE RODRIGUES COURA, 811 - N.SRA APARECIDA
ENGENHEIRO AVÔDOS / PB CEP: 58900000 (AO: 212)
Emissao: 26/06/2018 Referencia: Jun / 2018

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Endereço: Rua 230, Km25 - Cidade Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58011-480
CNPJ:09.095.183/0001-40 - insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°006.603.237
Cód. para Déb. Automática: 80009548214

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: www.energia.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 10.436, de 26 de abril de 2002.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 25/05/18	Data 26/06/18	Leitura 831	Leitura 1042	1
Demonstrativo				
CGI Descrição Quantidade Tarifa Vlr Base Calc Alq Icms(R\$) Base Calc Pto(R\$) Colis(R\$) TributosTeto(R\$) ICMS(R\$) PtoCusto(R\$) (R\$0,06%) (4,484%)				
0801 Consumo até 30kWh-BR	30.000 0,248430	7,48	7,48	27 2,02 7,48 0,07 0,31
0801 Consumo - 31 a 100kWh-BR	70.000 0,427620	29,93	29,93	27 6,08 29,93 0,27 1,24
0801 Consumo - 101 a 220kWh-BR	13.000 0,541420	8,33	8,33	27 2,25 0,33 0,07 0,34
0801 Adic. B. Amarela	0,13	0,13	0,13	27 0,03 0,13 0,00 0,00
0801 Adic. B. Vermelha	3,67	3,67	3,67	27 1,04 3,67 0,03 0,16
0810 Subsídio	29,93	29,93	29,93	27 10,70 29,93 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 0,00
0805 MULTA 05/2018	0,08	0,00	0	0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2018	0,13	0,00	0	0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
3908 Devolução Subsídio	-29,93	0,00	0	0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

CC: Código de Classificação do item TOTAL: 63,35 89,37 24,12 89,37 0,00 3,70

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

Histórico de Consumo (kWh)

134 | 97 | 181 | 107 | 137 | 104 | 100 | 106 | 90 | 97 | 89 | 76
Jun/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19

601f.ad1b.b7ac.53de.faa4.7c23.5517.17d8.

Indicadores de Qualidade 4/2018 - Cajuzeiro

Limites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)
DIC MENSAL	8,95	NOMINAL
DIC TRIMESTRAL	22,33	220
DIC ANUAL	44,65	
PIC MENSAL	7,82	CONTRATADA
PIC TRIMESTRAL	15,64	LÍMITE INFERIOR
PIC ANUAL	31,28	LÍMITE SUPERIOR
DMC	8,09	221
DICRI	16,93	3,00

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia/PB	11,76	18,55
Comissão de Energia	17,03	26,94
Serviço de Transmissão	1,80	2,84
Encargos Sociais	3,25	5,15
Preços Diretos e Encargos	29,55	48,91
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	63,35	100,00

Valor de BJSO (Ref. 4/2018) R\$1,47

09 OUT. 2018

ATENÇÃO

• Sua unidade forneceada como Zona Rural, tendo um desconto de R\$26,93.
Ofício - Isenção IP

Faturas em atraso



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Francinaldo Alves de Souza

CPF da Vítima

011.173.614-54

Data do Acidente

07/07/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

verasdpvat@gmail.com

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

(83) 99415-5835

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 atende 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.

Local e Data
Capaseras, Pernambuco, 01 de outubro de 2018.

M. Francinaldo Alves de Souza
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DOCUMENTO ORIGINAL

09 OUT. 2018



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
3ª Delegacia Regional de Polícia Civil
20ª Delegacia Seccional de Polícia
DELEGACIA DISTRITAL DE CAJAZEIRAS



GOVERNO
DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N°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.

HISTÓRICO 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.

Notificante

Testemunha Arrogada

POLEG
AR
DIREIT
O

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

09 OUT. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL



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 Souza

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

Nome completo: **Francinaldo Alves de Souza** CPF: 011.173.614-54
 Profissão: **Vendedor** Número: SN Complemento:
 Endereço: **Rua José Rodrigues Correa**
 Bairro: **Nossa Senhora Aparecida** Cidade: **Engenheiro Paulo** Estado: **Mato Grosso** CEP: 58900-000
 E-mail: **Verasdpvatacg@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).

RENDIMENTO 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** Dígito: **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 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: Vivos: Falecidos: 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 áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, 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: **Paragominas - PA 29/10/2018**

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

DOCUMENTO ORIGINAL

08 JAN 2019

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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 Souza

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

Nome completo: Francinaldo Alves de Souza CPF: 011.173.614-54
 Profissão: Pescador Número: SN Complemento:
 Endereço: Rua José Rodrigues Correa
 Bairro: Nossa Senhora Aparecida Cidade: Engenheiro Paulo
 Estado: Minas CEP: 58900-000
 E-mail: Verasdpvatacg@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).

RENDIMENTO 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 Dígito: 0 CONTA: 2922007 Dígito: 7
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ Dígito: _____ CONTA: _____ Dígito: _____
 (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: Vivos: Falecidos: 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 áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, 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: Papagaios - PB 29/10/2018

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

DOCUMENTO ORIGINAL

08 JAN 2019

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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. 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

informações que não receberam 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, retorno ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 14541332



Pag. 01383/01384 - carta 16 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/08/2020 15:01:21
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080415012079300000031523969>
Número do documento: 20080415012079300000031523969

Núm. 32926143 - Pág. 16



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

Rio de Janeiro, 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. 00113/0014 - carta_03 - INVALIDEZ



00040057

Carta nº 13800686



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

Num. 32926143 - Pág. 17



Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2018

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

Nº Sinistro: **3180474303**
Vitima: **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.seguradoraslider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 1346153

Pag. 00723/00724 - carta_01 - INVALIDEZ



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

Num. 32926143 - Pág. 18

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2018

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

Nº Sinistro: **3180474303**

Vitima: **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

Pag. 00117/00118 - carta_03 - INVALIDEZ



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.

Carta nº 13461008

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



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

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA

MARCOS AURELIO VIDAL



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0369904/18

Vítima: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA

CPF: 011.173.614-54

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/07/2018

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LARISSA EVELYN ARAUJO FERREIRA

MARCOS AURELIO VIDAL



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

Num. 32926143 - Pág. 21

09 OUT. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETAN - PB	
CERTIFICADO DE REGISTRO E FUNCIONAMENTO DE VEÍCULO	
Nº 014200046B02	
PLACA: 04724945460	
DATA EMISSÃO: 19/06/2018	
NOME: JUCIVAN EMÍDIO DE SOUSA	
ENDERECO: RUA MARQUES DE SANTOS, 1800 - BLOCO 000 - SALVADOR - BA CEP: 40130-000	
CPF / CNPJ: 0049247100-2	
NOME: 00/0000000	
ANO: 2018	
TIPO: Energetico	
COR: Preto	
PLACA: OFH1775/PB	
CHASSI: 9C2KD0550CR598882	
ESPECIE TIPO: PAS / MOTOCICLE/NAO APLIC	
COMBUSTIVEL: ALCO/GASOL	
MARCHA/MODELO: HONDA/NXR150 BROS ES	
ANO FAB.: 2012	
ANO MOD.: 2012	
COR PREDOMINANTE: VERMELHA	
CATEGORIA: PARTIC	
VENC. COTA ÚNICA: 00/00/0000	
VENC. / COTAS: 1 ^a , 2 ^a , 3 ^a	
VALORES:	
VAL. INIC: 04724945460	
VAL. FIM: 04724945460	
PRÉMIO TARIFÁRIO	
PRÉMIO TOTAL (R\$): 18/06/2018	
DATA DE PAGAMENTO:	
CUSTO DO BILHETE (R\$): 00/00/0000	
CUSTO DO SEGURO (R\$): 00/00/0000	
PAGAMENTO:	
SEGURADO: SEGURO	
PARCELADO:	
DATA DE OBTENÇÃO: 18/06/2018	
OBSERVAÇÕES: A. F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA	
0	
CÂJAZEIRAS - DR LOCAL	
19/06/2018	
DATA:	
15628	
SAC DPVAT 0800 022 1204	
ESTE É SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT	
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO	
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA	
WWW.SEGURADORA LIDER.COM.BR	
PB Nº 014200046B02 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAS CRUZADOS POR VEÍCULOS	
AUTOMOTORES DE VIA TERRRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS	
TRANSPORTADAS OU NÃO SEGURO DPVAT	



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/08/2020 15:01:21
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080415012079300000031523969>
Número do documento: 20080415012079300000031523969

Num. 32926143 - Pág. 22

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Francinaldo Alves de Souza
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Casado
Identidade: 18.756.128
CPF: 011 173.614-54
Profissão: Pescador
Endereço: Rua José Rodrigues Coimbra, s/n, N.Sra. Aparecida,
Engenheiro Amândio - 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.

CARTÓRIO DE 1º OFÍCIO "DIMAS ANDRIOLA".	
Reconhecido (POR AUTENTICIDADE) a firma de: FRANCINALDO ALVES DE SOUSA. CONFERIDO () DOU () FÉ. CAJAZEIRAS - Paraíba, 26/07/2018.	
RENELITA DA ROCHA MOREIRA Selos Digitais de Fiscalização Tipo Normal B-AF-0000105-PBCU Confira os dados do ato em https://selodigital.tjpb.jus.br EMOLUM: R\$ 11,38 FARPEM R\$ 0,28 FEPJ R\$ 2,27	

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 asseguradoras 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 Souza
Cajazeiras, 26 de julho de 2018.

H. Francinaldo Alves de Souza
ASSINATURA DO OUTORGANTE

DOCUMENTO ORIGINAL

09 OUT. 2018

