



Número: **0801802-21.2019.8.15.0881**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de São Bento**

Última distribuição : **19/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
LOURIVAL FILHO DINIZ (AUTOR)	DELANY ARAUJO DA COSTA (ADVOGADO) ROGACIANO ARAUJO DA COSTA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
43470 496	21/05/2021 15:31	<u>2749851_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 010/2016

Veranndo sobre: Acidente de Trânsito

Data e hora do fato: 31/07/2016, às 16h00min.

Local de ocorrido: **, São José da Lagoa Tapada/ PB.

Data e hora em que a delegacia tomou conhecimento: 25/08/2016, às 11h 20min

COMUNICANTE: LOURIVAL FILHO DINIZ, alcunha **; Filiação: Lourival Gabriel Diniz e Francisca Filha da Conceição; Profissão: agricultor; Estado Civil: casado; Naturalidade: São José da Lagoa Tapada - PB; Nacionalidade: brasileira; Cor: branca; Data de Nascimento: 10.05.1962; Endereço Residencial: Sítio Caatinga, São José da Lagoa Tapada - PB; Endereço Profissional: **; Telefone **; Portador da CI/RG nº: 2028607 - SSP/PB, Título Eleitoral **, CPF 062.966.264-95.

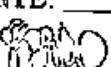
VÍTIMAS: o comunicante.

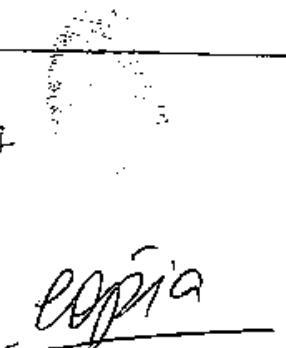
HISTÓRICO: QUE no dia 31.07.2016, por volta de 16h, estava trafegando nas proximidades da entrada da cidade de São José da Lagoa Tapada, guiando a motocicleta de sua Neta CYNTHIA RAYANE LUCIO DE OLIVEIRA, uma HONDA NXR 160 BROS ESD 2015/2015, PLACA OFG 8213/PB, COR BRANCA, quando sofreu um acidente derrapando numa estrada de terra, vindo a cair e ficar com várias escoriações pelo corpo e um traumatismo no maxilar em decorrência da queda; QUE deseja certidão para fins de DPVAT. Ciente ser conhecedor (a) das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarar não seja estritamente a verdade.

SOUSA - PB, 25 de agosto de 2016.

AUTORIDADE POLICIAL: Dei. Pol. FRANCISCO ABRANTES MOREIRA

COMUNICANTE: _____

ESCRIVÃO: 


Nº: 368.557-4

2021-05-21 15:31:44 - SUELIO MOREIRA TORRES



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, VALDIR PEREIRA DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 0730255 e inscrito no CPF/MF sob o nº 042191344-86, residente e domiciliado na SITIO CAATINGA, zona rural, Cidade SAO JOSE DA LAGOA Estado PB, 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:

Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Valdir Pereira da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

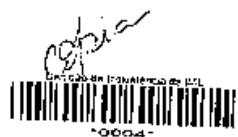
SAO BENTO, 16 DE SETEMBRO DE 2016.

Local e data

00004-1
26/05/2021 17:21 - DIRETORIA DE
ESTATÍSTICA, INFORMÁTICA E
ESTRUTURA DA JUSTIÇA



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Suelio Moreira da Silva, portador da carteira de identidade nº 01506155 e inscrito no CPF/MF sob o nº 132.456.941-86, residente e domiciliado na 51710-1601-000, Edm. Rosal, Cidade 51510-000, Estado Pernambuco, 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:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Suelio Moreira da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Processo: 20150211531444400000041342937
Data: 29/03/2017 12:58 - (20150211531444400000041342937)

51510, 16 de fevereiro de 2016

Local e data





ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):		Comprovante de uso autorizado
CÓDIGO DA UNIDADE: 261347400191 CEP/CPF: 08.778.267/0027-08		*0005*
NOME: HOSPITAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABREU, L...		
ENDERECO: RUA JOSÉ FACUNDO DE LIRA B. GATO PRETO N° 433 CEP: 58.802.180.		
MUNICÍPIO: SOUSA	ESTADO: PARAÍBA/UF:PB	

PACIENTE: Jairival Alho Diniz
SUS: 204.5083.3405.1612 IDADE: 10 SEXO: m RACA: D3
DATA NASC: 10/06/62 PROFISSAO:
ENDERECO:
BAIRRO: Jardim América MUNICIPIO: Jaguaribe UF: CE
ESTADO: CE CEP: 58.815-970 DOCUMENTO:
DATA DO ATENDIMENTO: 31/07/16 COD. MUNICIPIO: 000000000000
CONTATO () - 5100-1111 Mae
Acompanhante:

ANAMNESE DE EXAME FÍSICO SUMÁRIO:

Prenta proveniente da S. José dos L. Tapajós, Vitoria
de ferme automobilística, (grau) 1/4.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

RESULTADOS

- MATERIALES, MEDICAMENTOS E OTROS SEGUROS

DIAGNÓSTICO

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:
NATUREZA DA CONSULTA

PROCEDIMENTO

- 01- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERG
 - 02- PRIMEIRA CONSULTA; (LÉTIVA)
 - 03- CONSULTA SUBSEQUENTE; (LÉTIVA)
 - 04- ATENDIMENTO DE URGENCIA MIGRATÓRIA PARA OUTRA UNIDADE
 - 05- VACINAÇÃO DE ROTINA
 - 06- VACINAÇÃO DE BLOOMING (DUAS OU SITUAÇÕES PARTICULARES);
 - 07- VACINAÇÃO DE CAMPANHA;
 - 08- PRIMEIRA CONSULTA ANUAL (EM PRÉCIA PARA OUTRA UNIDADE)
 - 09- CONSULTA SUBSEQUENTE (EM PRÉCIA PARA OUTRA UNIDADE)

MEDICAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

- 01- PRESCRITIVA SERVAÇÃO IDÊNCIA INTERNA
02- APLICADA OUTRAS HOSPITAL AUTO OUTROS

SERVICÓES REALIZADOS:

Receptor:

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO (2)

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE DO RESPONSÁVEL

1. *What is the primary purpose of the study?* (e.g., to evaluate the effectiveness of a new treatment, to describe a population, to compare two groups).

Brine de la Mer

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO **ASS. DO REVISOR
ADMINISTRATIVO-CARIMBO**



ptiuve com frans so
fase.

Grasso so Bico mano frans.
ao contrário


Dr. Marco Henrique B. Pacheco
CRM-CE 10029





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, VALDIR PEREIRA DA SILVA,

RG nº 2130255, data de expedição 02/02/2009, Órgão TJ-PB,

CPF nº 042451344-86, 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>SITIO CAATINGA</u>
Número	
Apto / Complemento	
Bairro	<u>ANCA RUMAL</u>
Cidade	<u>SAO JOSE DA LAGOA TAPADA</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58815 000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99538661</u>
E-mail	<u>106A1AN0ADVS30@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SAO JOSE, 16 DE SETEMBRO DE 2016.

Assinatura do Declarante: Valdir Pereira da Silva.





DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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.

RECUSADA LIGA DPVAT 23/3/2012 12:22 - 00000000000000000000000000000000

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 VALDIR PEREIRA DA SILVA, portador(a) do RG nº 2730255, expedido por SSP PB, em 02/10/2000, CPF/CNPJ nº 042751344-86, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) LOUNIVAL FILHO DINIZ do sinistro de DPVAT da natureza INVADORZ da vítima LOUNIVAL FILHO DINIZ, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: AGRICULTOR Renda Mensal: R\$ 900,00

Documentos comprobatórios: RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA, PROCURAÇÃO

Valdir Pereira da Silva.
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



copy ✓



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata de prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados 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 controlo 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 VALDIR PENEIRA SASSIKA, portador(a) do RG nº 2730855, expedido por SSP PB, em 02/10/2020 CPF/CNPJ nº 042751344-86, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) LOUNIVAL ELHO DINIZ do sinistro de DPVAT da natureza INVALOR da vítima LOUNIVAL ELHO DINIZ, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: AGRICULTOR Renda Mensal: R\$ 500,00

Documentos comprobatórios: RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA, PROGUNRACÉ

Gládson Pereira da Silva
ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



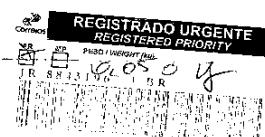
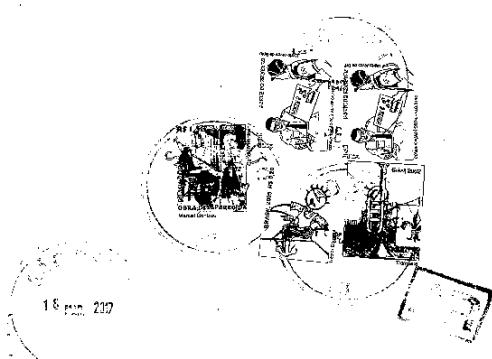
LOUVAL FILHO DANTZ
SITIO CAATINGA, ZONA RURAL
SÃO JOSÉ DA LAGOS, TAPADA-PA
CEP: 68815-000



SEGURADORA LIBER BRAS (inscrição 2140072023)

RUA SENADOR DANTAS, 284, CENTRO
RIO DE JANEIRO - RJ
CEP: 20031-205

43061





Barcode de Orientação

· DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 VALDIR PEREIRA DA SILVA, portador(a) do RG nº 2730755, expedido por SSP PB, em 07-10-2009 CPF/CNPJ nº 042791344-86, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) LOUNIVAL FILHO DINIZ do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima LOUNIVAL FILHO DINIZ, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: AGRICULTOR Renda Mensal: R\$ 500,00

Documentos comprobatórios: RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA, PROVA DE CACAO

Valdir Pereira da Silva.
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Declaração do Proprietário do Veículo

Decomprido do propriedade de Valpulo

Eu, Cynthia Rayane Lucio de Oliveira

RG nº 003 341.102, data de expedição 14/04/2012,
Órgão SSP / RN, portador do CPF nº 336.699.404 - 93, com
domicílio na cidade de São Bento, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
(Av. Lourival Filho de Araujo), nº 237,
complemento Bom Expedito, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Lourival Filho DINIZ, cujo o condutor era
Lourival Filho DINIZ

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA NX 160 SOS ES
Ano: 2015
Placa: OFG 82131 PB
Chassi: 9C2 KD0800FR01215
Data do Acidente: 31-07-2016
Local e Data:

Gothia Rayore bácia de Oliveira

Assinatura do Declarante

SCURFOON L33K SPURT 23 3 26/01/2017 17:23 - 00000000000000000000000000000000

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

MILTON LUCIO DA SILVA - NOME MORTAL E RECONHECIDO
REFORTE (POA AUTENTICO) - MILTON LUCIO DA SILVA SANTOS
CHUTMIA RAYAN LUCIO DA SILVA - DON TE - SCA
RENTON RAYAN LUCIO DA SILVA - SCA

São Bento Centro Único Pagador Tributos e Letras
Márcio Lácio da Silva Santos
Brasilão Público de Notas Tributos e Documentos
Oficial de protestos e Letras,
Registrador de Imóveis e Processos Judiciais
CNPJ: 00.000.000/0001-00 - Fone: 31.3444.2073

**Saints Covadonte
Breviario
Gusto Milion. I. fano**

A circular stamp with a double-line border. The outer ring contains the text 'NOTARIA 10' at the top and 'SÃO BENTO DO PARAÍBA' at the bottom. The inner circle contains 'SERVIÇO NOTARIAL' at the top, 'TEL 3444 2533' in the center, and '1978' at the bottom.





PACIENTE: LOURIVAL FILHO DINIZ

Nº: 77369

REQUISITANTE: .

DATA: 31/07/2016

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA HELICOIDAL DE CRÂNIO

TÉCNICA:

Exame realizado no plano axial, com cortes de 4,0mm de espessura na fossa posterior, e 6,0mm de espessura na região supratentorial, sem utilização do produto de contraste endovenoso, por solicitação do médico assistente.

RELATÓRIO:

1. Parênquima encefálico apresenta morfologia e coeficiente de atenuação normal.
2. Aspecto anatômico dos sulcos entre os giros corticais, fissuras Sylvianas e cisternas da base.
3. Sistema ventricular apresenta morfologia, dimensões e coeficiente de atenuação normais.
4. Ausência de coleções extra-axiais.
5. Não há evidência de desvio da linha média.
6. Ausência de calcificações patológicas.
7. Material com atenuação de líquido espesso ou partes moles preenchendo parcialmente os seios maxilares e células etmoidais.
8. Aumento de partes moles na região frontotemporal esquerda, periorbitária e malar à esquerda, com enfisema subcutâneo regional. Nota-se imagens amorfas, hiperatenuantes, junto à pele regional, sugestivas de artefatos.
9. Descontinuidade da cortical óssea temporal esquerda, asa do esfenóide à esquerda, e paredes do seio maxilar esquerdo.

Conclusão:

- Edema/hematoma subgaleal frontotemporal esquerdo, e edema de partes moles periorbitário e malar à esquerda.
- Fratura temporal, asa do esfenóide e paredes do seio maxilar à esquerda.
- Hemossinus.

SOUZA-PB, 31 de julho de 2016

Dr(a). MARCELLI CARTAXO NEVES
Medico(a) Radiologista
CRM Nº 6089

Obs.: As informações contidas no resultado, representam a opinião do radiologista sobre a interpretação realizada pelo médico radiologista do exame ou ato. Esse laudo não deve ser considerado como diagnóstico definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com o histórico natural do doente ou investigação mais profunda.



Centro de Imagem Dr. Péricles Neves - R. Getúlio Vargas, 21 Centro - Souza PB - Fone: 83 3522.2766 - periclesneves@wlink.com.br
Dr. José Péricles Rodrigues Neves - Presidente Eleito do Conselho Brasileiro de Radiologia nº 2917 - CRM 1933 PB
Dra. Marcelli Cartaxo Neves - CRM 6089 PB

Tel.: 83 3522.1900



**HOSPITAL
ANTONIO TARGINO**

CIRUR. BUCO-MAXILO FACIAL
CIRURGIA GERAL
CIRURGIA PLÁSTICA
CIRURGIA TORÁXICA
CIRURGIA VASCULAR
CIRURGIA COM VÍDEO
CLÍNICA MÉDICA
ELETROENCEFALOGRAFIA
ENDOSCOPIA
NEFROLOGIA
NEUROcirurgia
ORTOPEDIA
OTORRINOLARINGOLOGIA
RAIO X
STENT
TRASPLANTO
UROLOGIA
ANGIOGRAFIA DIGITAL
ANGIOPLASTIA
BRONCOPNEUMOLOGIA
ENDOSCOPIA
ELETROCARDIOGRAMA
TOMOGRAFIA CTP.
UTI MÓVEL

PAC
Intervalo de 1 mês para exame

Declaração

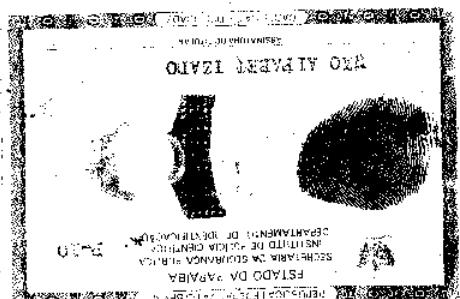
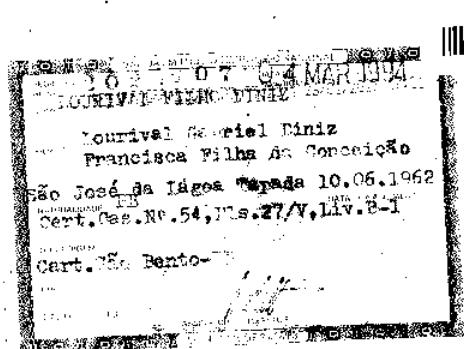
De dom... para todos os fins
que o paciente acima citado
intende neste exame, vidre
de aud. de mvt, afrodisíac
tuns TCE + pat. z foma
tui (E) CG 1203/11

SEGUIMENTO: VLT/2017-001-273-3-28/01/2017 15:21 - CONSULTA DE

MELHORE SUA LETRA
Uma má interpretação pode trazer prejuízos ao paciente.

Rua Delmiro Gouveia, 442 / Centenário / Campina Grande / Paraíba
CEP 58428-016 / Fone: (83) 2102.0101 / www.hat.com.br



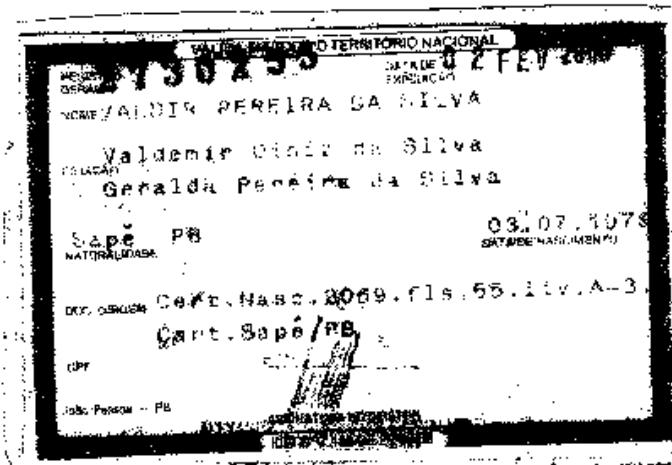


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/05/2021 15:31:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052115314444000000041342937>
Número do documento: 21052115314444000000041342937

Num. 43470496 - Pág. 16



SEGURO DE VIDA TIT. 23.626/07/2017 17:20 - 00030000000000000000

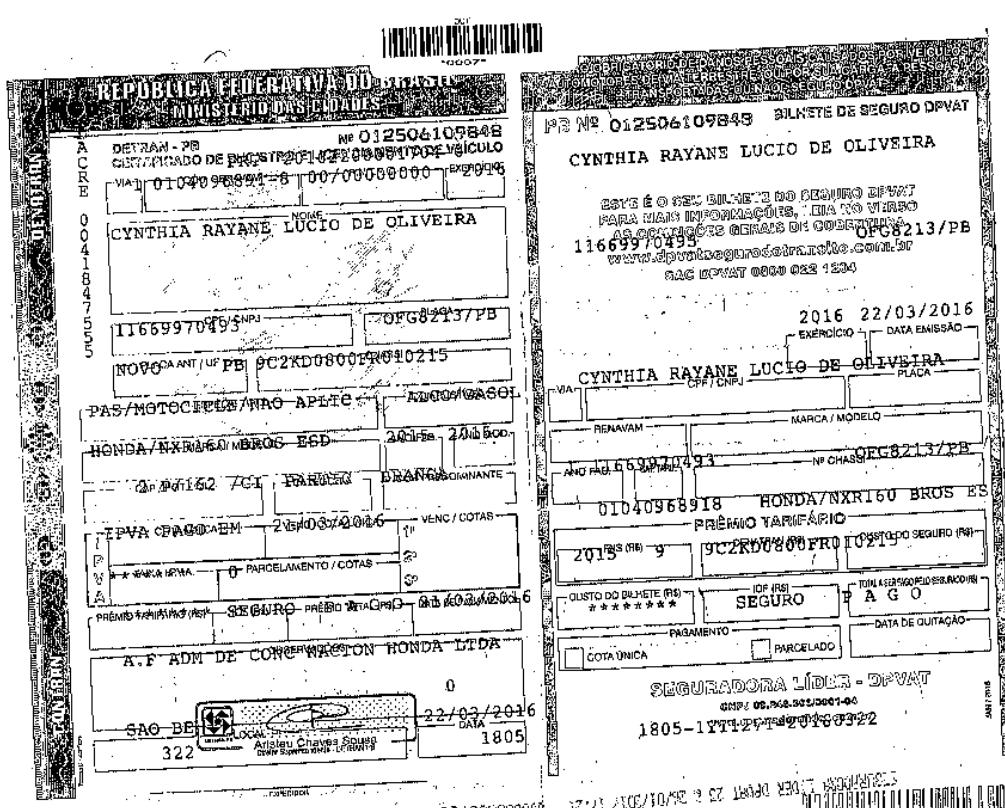


MINISTÉRIO DA FAZENDA SERVIÇO FEDERATIVO DE CADASTRO FISCAL CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS	
Nome:	VALDEIR PEREIRA DE SILVA
Nº da Inscrição:	042761344-86
Data de Emissão:	
03/07/78	

SERVÍCIO LIGER DEUAT 23 & 24/01/2017 17:20 - 00000000000000000000000000000000

Este documento é o resultado da reunião na qual os
partidos aliados - CPM, VASP e PPSB - fizeram um
único acordo para a realização das eleições.







Seguradora Líder - DPVAT

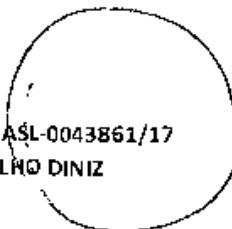


Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10464473

A/C: LOURIVAL FILHO DINIZ

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170072023 ASL-0043861/17
Vítima: LOURIVAL FILHO DINIZ
Data Acidente: 31/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: VALDIR PEREIRA DA SILVA



Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder • DPVAT

LOURIVAL FILHO DINIZ
SITIO CAATINGA, S/N ZONA RURAL
TAPADA
CEP 58815-000 - SÁC JOSÉ DA LAGOA TAPADA - PB

LOURIVAL FILHO DINIZ
SITIO CAATINGA, S/N ZONA RURAL
TAPADA
CEP 58815-000 - SÁC JOSÉ DA LAGOA TAPADA - PB

www.dpvatseguidodotransito.com.br

□

10

Responsible page information

para uso dos contribu

Wetlands **Evergreen forests** **Deciduous forests** **Deserts** **Grasslands** **Alpine areas** **Marine areas** **Urban areas**

www.dpvtsegruodtransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04

Entre em contato conosco



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Eldorado
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0043861/17

Vítima: LOURIVAL FILHO DINIZ
CPF: 062.966.264-95

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 31/07/2016
Titular do CPF: LOURIVAL FILHO DINIZ

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Outros

LOURIVAL FILHO DINIZ : 062.966.264-95

Comprovante de residência

VALDIR PEREIRA DA SILVA : 042.751.344-86

Declaração Circular SUSEP 445/12

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.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 30/03/2017

Data: 30/03/2017

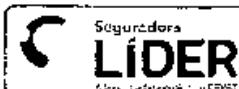
Nome: VALDIR PEREIRA DA SILVA
CPF : 042.751.344-86

Nome: JANAINA RIBEIRO DE ALMEIDA
CPF: 870.655.687-68

VALDIR PEREIRA DA SILVA

JANAINA RIBEIRO DE ALMEIDA





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que estes sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Suelio Moreira Torres de 2016,
PORTADOR(A) DO RG N° 41.537.555 EXPEDIDO POR SEPFB EM 01/01/2016
CPF 247.361.774-86 CRPF PROFISSÃO funcionário
E RENDA MENSAL DE R\$ 5.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VITIMA 13.500,00 AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção e lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a cadastrar cadastral de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além das informações de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br, bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorida escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informações de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE / TODOS OS BANCOS:
N° do BANCO 01040-1040 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1040-1 N° da CONTA (com dígito, se existir) 10006629-5

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL):
N° do BANCO 01040-1040 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1040-1 N° da CONTA (com dígito, se existir) 10006629-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Florianópolis, 16 de Setembro de 2016 Suelio Moreira Torres 13.500,00

LOCAÇÃO DATA

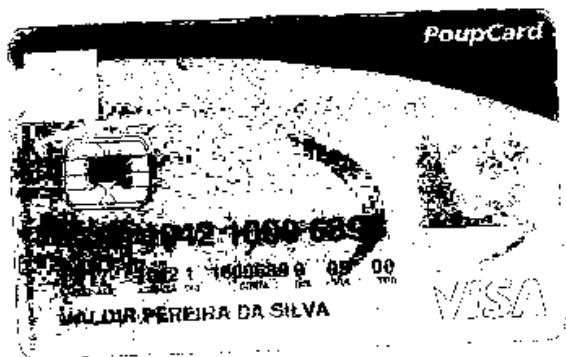
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo a legislação vigente na data de seu óbito), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatssegurocotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-6221724.





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/05/2021 15:31:44
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052115314444000000041342937
Número do documento: 21052115314444000000041342937



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/05/2021 15:31:44
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052115314444000000041342937
Número do documento: 21052115314444000000041342937

Num. 43470496 - Pág. 24

MILTON LÚCIO DA SILVA SERVIÇO NOTARIAL

CNPJ/MF 08.560.633/0001-66

São Bento - PB - OFÍCIO ÚNICO - Serventia Extrajudicial

MILTON LÚCIO DA SILVA SANTOS

Tabelião e Registrador

ML



JOSI CARLA LÚCIO DINIZ

Substituta

ESCRITURAS, PROCURAÇÕES, PROTESTOS, REGISTRO DE IMÓVEIS, REGISTRO DE TÍTULOS E COMUMENTOS, REGISTRO DE PESSOAS JURÍDICAS, AUTENTICAÇÕES, RECONHECIMENTOS DE FIRMAS ETC...

TRASLADO DE PROCURAÇÃO PÚBLICA bastante que faz: LOURIVAL
FILHO DINIZ.

SAIBAM quantos este público instrumento de procuração virem que a(s) 15 dia(s) do mês de setembro do ano de 2016, nesta cidade de São Bento, Estado da Paraíba, neste cartório, perante mim Escrevente compareceu como OUTORGANTE LOURIVAL FILHO DINIZ, brasileiro, casado, agricultor, residente no Sítio Caatinga, s/nº, Área Rural, São José da Lagoa Tapada-PB, portador da Cédula de Identidade RG. nº. 2.028.607-SSP-PB e, CPF nº. 062.966.264-95, reconhecido como o próprio por mim Escrevente pelos documentos originais a mim apresentados, bem como a capacidade para o ato pelas respostas às perguntas que lhes fiz, do que dou fé. Pelo outorgante me foi dito que, por este público instrumento e nos melhores termos de direito, nomeia e constitui seu bastante PROCURADOR VALDIR FERREIRA DA SILVA, brasileiro, solteiro, maior, agricultor, residente à Rua José Cândido do Nascimento, nº.507, São Bernardo, nesta cidade, portador da Cédula de Identidade RG. nº. 2.730.255-SSP-PB e, CPF nº. 042.751.344-86, a quem concede PODERES representar o outorgante junto a qualquer SEGURADORA DO PAÍS, e/ou quaisquer outras Repartições competentes, onde com esta se apresentar neste País, requerer e receber seguro DPVAT e ainda quaisquer outras vantagens que faz júz ao outorgante, proveniente de acidente automobilístico ocorrido com o outorgante acima citado, podendo para tanto dito procurador assinar e preencher requerimentos, formulários, assinar e sacar cheques, aceitar e passar recibos, dar quitação, concordar, discordar, transigir, desistir, assinar todo e qualquer documento que exija a presença e/ou intervenção do outorgante, receber quantias, endossar cheques, representá-lo, inclusive poderes para retirar ordem de pagamento na agência bancária onde for transferido quantia referente ao pagamento de seguro DPVAT, e ainda, assinar autorização de pagamento/crédito de Indenização de Sinistro, representá-lo em qualquer Instituição de Crédito, podendo fazer depósito de qualquer cheque nominal ao outorgante, em conta corrente do procurador acima, enfim praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho do presente mandato e poderes mesmo que aqui não expressamente nomeados, inclusive substabelecer.. E como assim o disse do que dou fé, lavrei este instrumento que, sendo-lhe lido em voz alta, outorga, aceita e assina. As.: SAIONARA CAVALCANTE, a rogo pelo outorgante, IAMÁ DOS SANTOS SOUZA, minha conhecida e residente nesta cidade,. Eu SAIONARA CAVALCANTE, Escrevente, subscrevo _____ e assino em público e raso com sinal que uso. Em testemunho da verdade. Dou fé. São Bento, 15 de setembro de 2016. Está conforme o original. Trasladada hoje.

Rua Lúcio da Silva, 224, centro - São Bento - Paraíba - Fone: 83 3444-2533 / Fax: 83 3444-2533

Cópia

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10464473

A/C: LOURIVAL FILHO DINIZ

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170072023 ASL-0043861/17

Vitima: LOURIVAL FILHO DINIZ

Data Acidente: 31/07/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: VALDIR PEREIRA DA SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10467985

A/C: LOURIVAL FILHO DINIZ

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170072023 ASL-0043861/17
Vitima: LOURIVAL FILHO DINIZ
Data Acidente: 31/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: VALDIR PEREIRA DA SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **26/01/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **31/07/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2017

Carta n°: 10771488

A/C: LOURIVAL FILHO DINIZ

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170072023 ASL-0043861/17
Vitima: LOURIVAL FILHO DINIZ
Data Acidente: 31/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: VALDIR PEREIRA DA SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **29/03/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **31/07/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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



Rio de Janeiro, 18 de Agosto de 2017

Carta n°: 11504586

A/C: LOURIVAL FILHO DINIZ

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170072023 ASL-0043861/17
Vitima: LOURIVAL FILHO DINIZ
Data Acidente: 31/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: VALDIR PEREIRA DA SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **11/08/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **31/07/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo
- Autorização de pagamento não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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



Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **LOURIVAL FILHO DINIZ**

Nº Sinistro: **3170072023**
Vitima: **LOURIVAL FILHO DINIZ**
Data do Acidente: **31/07/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **VALDIR PEREIRA DA SILVA**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170072023**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, VALDIR PEREIRA DA SILVA PORTADOR(A) DO RG N° 2430855 EXPEDIDO POR SCPPB EM 02/02/2000 CPF 042451399-96 /CNPJ 00000000-0000-00. PROFISSÃO AGRICULTOR E RENDA MENSAL DE R\$ 5000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA 13.500,00, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 115/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Esse cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL, ou Salário ou FundiSal;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da curta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO BRADESCO N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1042-1 N° da CONTA (com dígito, se existir) 1000689-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

50 BENTO 10 de setembro de 2016

LOCAL E DATA

Valdir Pereira da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





SEGURIDAD INDEX SPURT 23 & 26/01/2007 17:21 - 000000006763



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/05/2021 15:31:44
<http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052115314444000000041342937>
Número do documento: 21052115314444000000041342937

Num. 43470496 - Pág. 32



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PEL



00141

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, SUELIO MOREIRA TORRES, PORTADOR(A) DO RG N° 2430155, EXPEDIDO POR SCPFB EM 02/10/2016, CPF 010.950.984-86 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO ENTREPRENEUR, E RENDA MENSAL DE R\$ 50.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA 13.500,00, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 010.950.984-86 da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1041-1 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1000.689.9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Cópia

25/09/16 de setembro de 2016

LOCAL E DATA

Suelio Moreira da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

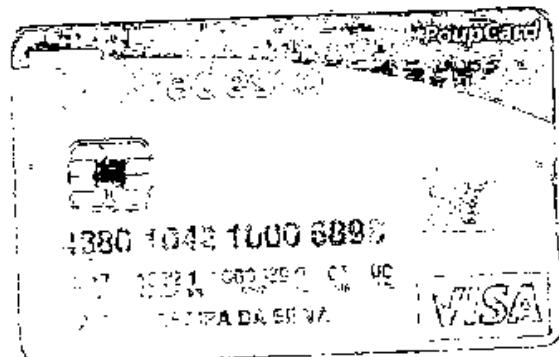
ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvtsegurodoconselho.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

ESTADO - CÓDIGO FEDERATIVO





SENATORIA LIPIA DRAFT 13/11/2010 11:23 - 2009/2010



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/05/2021 15:31:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052115314444000000041342937>
Número do documento: 21052115314444000000041342937

Num. 43470496 - Pág. 34



SECRETARIA DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA
DE SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
193 DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DE INFAGEM, DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DE COMA



Rua Tiradentes, nº 06, Centro - CEP 58.800-053 / Fone/(83) 3523-6639

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 010/2016

Versoando sobre: Acidente de Trânsito

Data e hora do fato: 31/07/2016 às 16h00min

Local do encontro: ^{**} São José da Lagoa Tapada/ PB

Faço a hora em que a delegacia fomos conhecimento, 25/08/2016, às 11h 20min.

COMUNICANTE: LOURIVAL FILHO DINIZ, alcunha **; Filiação: Lourival Gabriel Diniz e Francisca Filha da Conceição; Profissão: agricultor; Estado Civil: casado; Naturalidade: São José da Lagoa Tapada - PB; Nacionalidade: brasileira; Cor: branca; Data de Nascimento: 10.06.1962; Endereço Residencial: Sítio Caatinga, São José da Lagoa Tapada - PB; Endereço Profissional: **; Telefone **; Portador da CI/RC nº: 2028607 - SSP/PB. Título Eleitoral **. CPF 062.966.264-95.

VÍTIMAS: o comunicante

HISTÓRICO: QUE no dia 31.07.2016, por volta de 16h, estava trafegando nas proximidades da entrada da cidade de São José da Lagoa Tapada, guiando a motocicleta de sua Neta CYNTHIA RAYANE LUCIO DE OLIVEIRA, uma HONDA NXR 160 Bros ESD 2015/2015, PLACA ORG 8213/PE, COR BRANCA, quando sofreu um acidente derrapando numa estrada de terra, vindo a cair e ficar com várias escoriações pelo corpo e um traumatismo no maxilar em decorrência da queda; QUE deseja certidão para fins de DPVAT . Ciente ser conhecedor [a] das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarar não seja estritamente a verdade.

SOUZA - PB, 25 de agosto de 2016.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. FRANCISCO ABRANTES MOREIRA

COMUNICANTE:

ESCRIVÃO

卷之三

Mat : ५६४.९६७-७

100

17,21 - 00000000000000000000000000000000

