



Número: **0800151-55.2020.8.15.0351**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Mista de Sapé**

Última distribuição : **30/01/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALECSANDRO DOS SANTOS OLIVEIRA (AUTOR)		maria lucineide de lacerda santana (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34663 177	23/09/2020 14:36	<a href="#">2752036_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200006124

Vítima: ALECSANDRO DOS SANTOS OLIVEIRA

Data do Acidente: 13/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ALECSANDRO DOS SANTOS OLIVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00427/00428 - carta\_11 - INVALIDEZ

00050214



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

Alexandro dos Santos Oliveira

6 - CPF:

029 901.744-35

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Rua Comendador Raulo R. Coutinho

9 - Número:

2810

10 - Complemento:

11 - Bairro:

centro

12 - Cidade:

Sapo

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

58340-000

15 - E-mail:

peridenciano@comendadorraulor.com.br

16 - Tel. (DDD):

083333-0304

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAÍS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAÍS, CURADOR/TUTOR)

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

☒ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

2759

CONTA:

100 6078 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

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

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

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa/PB 19/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019







GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL  
5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SAPÉ  
Rua Osvaldo Pessoa, nº 81, Centro, CEP 58.340-000.  
Telefone: (83) 3283-5949

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE MOTO

REGISTRO DE OCORRÊNCIA nº 598/2017

Aos (10) dias do mês de Agosto do ano de dois mil e dezesseis, nesta cidade de Sapé/PB, e nesta Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade da Delegada de Polícia Civil, **FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHÃES**, juntamente comigo, escrivão de seu cargo, aí por volta das 10:30; compareceu **ALECSANDRO DOS SANTOS OLIVEIRA**, RG: 2202313 - SSP/PB, brasileiro, solteiro, natural de Mari/PB, nascido em 29/03/77, comerciante, filho de José Cosmo de Oliveira Filho e de Maria de Lourdes dos Santos de Oliveira, residente a rua Av. Comendador Renato Ribeiro Coutinho- 2116- Centro - Sapé-PB.( Tel. 994106033 ) O QUAL PRESTOU A SEGUINTE OCORRÊNCIA: QUE POR VOLTA DAS 14:30m, DO DIA 13/02/2017, O DECLARANTE CONDUZIA A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/POP100, ANO 2013, PLACA NPV2031/PB, CHASSI 9C2HB0210DR401388, DE PROPIEDADE DO DECLARANTE, QUANDO NAS PROXIMIDADES DA PRAÇA JOÃO PESSOA CENTRO DESTA CIDADE UM VEICULO QUE NÃO SABE ESPECIFICAR NADA DO MESMO, TRANCOU O MESMO VINDO A BATER E A CAIR AO SOLO; QUE O DECLARANTE FOI PARA O HOSPITAL SÁ ANDRADE ONDE FORA ATENDIDO E POSTERIORMENTE CONDUZIDO PARA O HOSPITAL DE TRAUMA NA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB; QUE O MESMO SOFRERA LESÕES CONFORME LAUDO APRESENTADO NESTA DP. QUE por este motivo, veio a esse Órgão de Polícia registrar o ocorrido para que se tome as devidas providências junto ao Órgão competente. Era o que tinha a declarar. O referido é verdade, dou fé. Ciente o notificante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscreve o presente.

*Alecsandro dos Santos Oliveira*

DECLARANTE



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

Alexandro dos Santos Oliveira

6 - CPF:

029 901.744-35

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

Rua Comendador Raulo R. Coutinho

9 - Número:

2810

10 - Complemento:

11 - Bairro:

centro

12 - Cidade:

Sapo

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

58340-000

15 - E-mail:

peridenciano@comendadorraulo.com.br

16 - Tel. (DDD):

(03333)-0304

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAÍS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAÍS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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:

2759

CONTA:

100 6078 4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

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

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

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa/PB 19/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019







# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolito para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica...: N° 032.899.840



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0801-40 Insc.Est. 15.016.833-4

## DADOS DO CLIENTE

ALEXSANDRO DOS SANTOS OLIVEIRA  
AV COMENDADOR RENATO RIBEIRO COUTINHO 2116  
SAPE

## CDC - CODIGO DO CONSUMIDOR

5/177130-2

## REFERENCIA

OUT/2019

## APRESENTAÇÃO

21/10/2019

## CONSUMO

341

## VENCIMENTO

28/10/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 296,52

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

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912008 07670.731178 3 80560000029652				
Pagador: ALECSANDRO DOS SANTOS OLIVEIRA CNPJ/CPF: 029.901.744-35				
AV COMENDADOR RENATO RIBEIRO COUTINHO 2116 - CENTRO - SAPE / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120007670731	000177130201910	28/10/2019	R\$ 296,52	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				





LACERDA SANTANA ADVOCACIA  
AV DOM PEDRO II 705  
CENTRO  
58013 - 420 JOAO PESSOA PB

Atendimento Claro - Ligue 1052.  
Na Web - [www.claro.com.br/empresas](http://www.claro.com.br/empresas)  
Visite nosso site: [www.claro.com.br](http://www.claro.com.br) e acesse o detalhamento da sua fatura.

Nº do Cliente: 952796439  
Nº da Conta: 101518218  
CPF/CNPJ: 12.800.758/0001-93  
Código para Débito Automático: 101518218 Claro NE DDD 81 e 89  
Razão Social: Claro S/A  
CNPJ Matriz: 40.432.544/0001-47  
CNPJ Filial: 40.432.544/0004-20

2ª Via de Fatura  
Período de Uso  
de 14/07/2019 a 13/08/2019

Vencimento  
03/09/2019

Total a Pagar  
R\$ 1.264,35

Valor pago na última conta: R\$ 1.256,50

**Veja aqui o que está sendo cobrado**

Individuais		
Oferta Conjunta Claro MIX		
Claro Life Ilimitado 500MB	R\$	1.199,72
Claro Life Ilimitado 5GB		
Aplicativos Digitais		
PJ Bônus de Internet Turbo - 5GB		
Pacote Mobilidade	R\$	0,00
Pacote Social	R\$	0,00
Interurbanas e Rec. em viagem	R\$	0,00
Ligações adicionais, serviços adicionais e excedentes	R\$	24,37
Parcelamento de Aparelho	R\$	39,22
Descontos	R\$	3,33
Total do Mês	R\$	-2,29
	R\$	1.264,35
<b>Total a Pagar</b>	<b>R\$</b>	<b>1.264,35</b>

Veja no verso os detalhes do seu plano e serviços.

Prezado Cliente,  
Este boleto não quita débitos de meses anteriores.



Pague sua conta nos Bancos e Locais credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Contribuições para o FUST e FUNTEL (1% e 0,5% do valor dos serviços) não repassados ao cliente. Central de Atendimento da Anatel: 1331 - Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada na prestadora.

Autenticação Mecânica:

Para uso do banco.

**Claro**

Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Itaú, HSBC, Banco do Brasil, Santander e outros.

Cliente	Código Débito Automático	Período de Uso	Total	Vencimento
LACERDA SANTANA ADVOCACIA	101518218	14/07/19 a 13/08/19	R\$ 1.264,35	03/09/19
	Claro NE DDD 81 e 89			

84800000012-0 | 64350221201-4 | 90903101518-3 | 21803318122-0



Autenticação Mecânica solicitamos não rasurar, dobrar ou perfurar esta parte da fatura, para não danificar o código de barras.





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Thiago de Araujo Brandão

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 072.739.414 / 02 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Alexandro dos Santos Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 009.901.744 / 35

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da vítima Alexandro dos S. Oliveira

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 009.901.744 / 35 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Av. D. Pedro III</u>	Número: <u>705</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>centro</u>	Cidade: _____	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>providenciaria@locandorantona-zh.br</u>	CEP: <u>58013-400</u>	Tel.(DDD): _____

Local e Data:

João Pessoa/PB 19/11/19

Thiago de Araujo Brandão  
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/09/2020 14:36:19

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092314361766200000033139821>

Número do documento: 20092314361766200000033139821

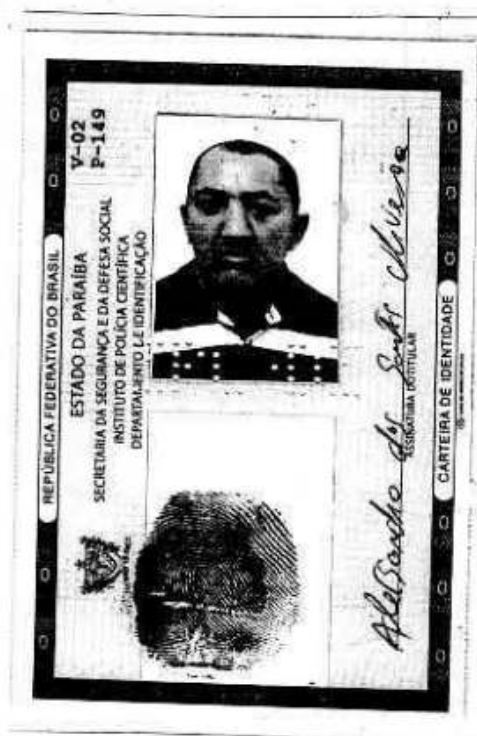


# Laudo Médico/Resumo de Alta



Nome: <u>Alexandre dos Santos Oliveira</u>		N de BE: <u>990683</u>	
Idade: _____	Sexo: _____	Clínica: <u>ORTOPEDIA</u>	Enf.: <u>19</u> Leito: <u>06</u>
Data de admissão: <u>13/02/2017</u>		Alta: <u>10/03/17</u>	Tempo de Permanência: _____
Diagnóstico de Internação: <u>Fratura do tubérculo maior do úmero D</u>			
Diagnóstico Definitivo: <u>Osses</u>			
Diagnóstico Secundário: _____			
Principais exames: <u>EF + Radiografia</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>14/03 - Redução imediata - Dr. Rafael</u>			
Biópsias: <u>/</u>			
Anatomia patológica: <u>/</u>			
Infecção: sim ( ) não ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Coleta de material: sim ( ) não ( )			
Resultado bacteriologista: _____			
Condições de alta: Melhorado ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Removido ( ) A pedido ( ) Curado ( ) Óbito ( ) À Revelia ( )			
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>Alta orientada pelo Dr. Rafael.</u>			
Orientações Pós Alta			
Dieta: <u>líquida</u>			
Repouso:			
Relativo em casa por, <u>30</u> dias.			
Retorno às atividades sem esforço físico em, <u>60</u> dias.			
Retorno às atividades com esforço físico leve, <u>90</u> dias e com maior em, <u>90</u> dias.			
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.			
Medicações para casa: <u>Alves + Ceflexim</u>			
Retorno:			
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.			
Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.			
João Pessoa: <u>14</u> de <u>03</u> de <u>17</u>			
Ass. Médico/CRM _____			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			







**ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL**  
**CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA**  
**IDENTIDADE DE ADVOGADO**

**COGE**  
**THIAGO DE ATAIDE BRANDAO**

**PROCURADOR**  
**TOLSTOI DA SILVA BRANDAO**  
**MARIA SALETE DE ATAIDE BRANDAO**

**ENTRADA EM EXERCICIO**  
**JOAO PESSOA-PB**

**DATA DE NASCIMENTO**  
**19/06/1983**

**NR**  
**2943588 - SSP/PB**  
**672.138.414-02**

**NUMERO DE ORCAMENTO**  
**160000**

**NÃO**

**DATA DE EXPIRACAO**  
**14/03/2012**

**COGE SEZERRA CAVALCANTI RODRIGUES**  
**PREZIDENTE**

**TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 10181870**

**USO OBRIGATORIO PARA TORNAR OS FEWS E ESWAN**  
**(Art. 13 da Lei nº 8.112/90)**

**COGE**

**THIAGO DE ATAIDE BRANDAO**

**10181870**



LACERDA SANTANA  
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO



Feliciano da Silva  
Serviço Notarial e Registral

Reconheço, como autêntica e verdadeira,

ALEXSANDRO DOS SANTOS OLIVEIRA

Em test. da verdade, Sade-PB 25/07/2019 11:52:23

Maria de Lourdes Castro Gusmão - Ex-Previdência de João Pessoa, 1749

(2019-006402) JENCL:RS 49,91 4-REPENSA

SELO DIGITAL: A3B06552-BAF9

Confira a autenticidade em <https://selo.br>

CARTÃO ÚNICO  
Sobrenome: Lucineide  
Nome: Lucineide de Lacerda Santana  
Tabela Substituída  
Nome de Lourdes Castro Gusmão  
Cadastrado  
CPF: 58540-000-Sade-PB

OUTORGANTE:

Alexsandro dos Santos Oliveira, brasileiro, natural  
inscrito no RG 2.202.373 e CPF 029.907.744-95, residente  
e na Av. Comendador Ruy de Albuquerque, 2176,  
Centro, Zip: JPB, CEP 58340-000

OUTORGADA(S): MARIA LUCINEIDE DE LACERDA SANTANA, brasileira, casada, advogada com  
inscrição na OAB/PB sob o nº 11.662-B; LUIZ SANTANA DE LIMA, brasileiro, casado, Advogado com  
inscrição na OAB/PB sob o nº 14.301-B; LARISSA MARIA LACERDA SANTANA, brasileira, solteira,  
inscrita na OAB-PB sob o nº 23.625; RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN, brasileiro, solteiro,  
advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 14.903; DANIELY SOUSA DOS SANTOS, brasileira,  
casada, inscrita no CPF sob o nº 052.336.864-06; EDNA DE LOURDES LEITE BRASILINO, brasileira,  
casada, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 16.105; LAISA MAIRA DINIZ BARBOSA,  
brasileira, solteira, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 19.637; RANNIERE MATILDE DA  
COSTA, brasileiro, casado, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 22.638; GILDMAR PEREIRA  
DE LIMA SILVA, brasileiro, solteiro, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 20.018, DANIELLY  
MELO ALVES, brasileira, solteira, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 15.578; GERMANA  
CAVALCANTI DE ALMEIDA, brasileira, casada, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 23.384;  
RAYANNE ARAUJO DE SOUSA, brasileira, solteira, inscrita na OAB/PB sob o nº 18.290; KELLY  
SONALLY MELO DE ANDRADE SANTIAGO, brasileira, casada, advogada com inscrição complementar  
na OAB/PB sob o nº 22912-A; FERNANDA NASCIMENTO DO RÉGO, brasileira, casada, advogada com  
inscrição na OAB/PB sob o nº 18.891; YURI JAMES CARNEIRO BRUNET, brasileiro, casado, advogado  
com inscrição na OAB/PB sob o nº 20.358, THIAGO DE ATAÍDE BRANDÃO, brasileiro, solteiro,  
advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 16.685, NELICLEIDE DA COSTA BONFIM MELO  
GOUVEIA, brasileira, casada, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 25.731, todos com escritório  
na Av. Dom Pedro II, nº 705, Centro, João Pessoa/PB, CEP: 58.013-420, onde deverão receber  
intimações de estilo, são outorgadas neste ato para os seguintes poderes:

PODERES: Para representá-lo(a) junto à todas autarquias previdenciárias, dentre eles,  
principalmente: INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL, IPM - INSTITUTO DE  
PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA/PB, PBPREV - PARAIBA PREVIDÊNCIA, IPAM -  
INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA AO SERVIDOR PÚBLICO NO MUNICÍPIO DE  
BAYEUX/PB E SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DE SEGURO DPVAT S/A; para tratar de  
assuntos de seu(s) interesse, com os poderes para assinar requerimento(s) e outro(s)  
documento(s), requerer a concessão, restabelecimento ou Revisão de Benefício previdenciário,  
FAZER NIT, FAZER AGENDAMENTO DE BENEFÍCIO, requerer CNIS, INFBEN, HISMED, FICHA  
FINANCEIRA, CARTA DE CONCESSÃO OU INDEFERIMENTO DE BENEFÍCIO, obter vistas em  
procedimento(s) administrativo(s), RECORRER DOS PROCESSOS DOS PROCESSOS  
ADMINISTRATIVOS, utilizando de todos os recursos legais, por fim, praticar todos os atos em  
direito permitidos para fiel cumprimento dos poderes outorgados neste instrumento.

João Pessoa/PB, 18 de novembro de 2019.

Alexsandro dos Santos Oliveira  
OUTORGANTE

Avenida Dom Pedro II, nº 705, Centro, João Pessoa/PB, CEP: 58013-420  
(83) 3241-6957 / 98650-6187

E-mail: [joapessoa.pb@lacerdasantana.adv.br](mailto:joapessoa.pb@lacerdasantana.adv.br)

Site: [www.lacerdasantana.adv.br](http://www.lacerdasantana.adv.br)

RMC





## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0005539/20

**Vítima:** ALECSANDRO DOS SANTOS OLIVEIRA

**CPF:** 029.901.744-35

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 13/02/2017

**Titular do CPF:** ALECSANDRO DOS SANTOS OLIVEIRA

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

#### THIAGO DE ATAIDE BRANDAO : 072.139.414-02

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

#### ALECSANDRO DOS SANTOS OLIVEIRA : 029.901.744-35

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/01/2020  
Nome: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO  
CPF: 072.139.414-02

THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/01/2020  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

