



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	2752036_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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, 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 Alveira 6 - CPF: 029.901.744-35
 7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua Comendador Rêgo R. Coutinho 9 - Número: 2870 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: centro 12 - Cidade: Sppe 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58340-000
 15 - E-mail: alexandrosantos@comendadorrego.com.br 16 - Tel. (DDD): (33)3330-0304

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:
 RECLUSO INFORMAR 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)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 2759 CONTA: 10060789 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 nascido (vai nascer)? 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 - Impresão 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): Alexandro dos Santos Alveira
 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____







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

CF Serviço Notarial e Registral
Feliciano da Silva
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

ARTÓRIO ÚNICO
Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba
Delegacia de Polícia Civil de Sapé
Escrivão

Dr. Com. Renato Ribeiro Coutinho, 1746
Fone: (83) 3283-2341/99-3-3105
CEP 58540-000 Sapé-PB



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPEAS 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 Alveira 6 - CPF: 029 901.744-35
 7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua Comendador Rêgo R. Coutinho 9 - Número: 2870 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: centro 12 - Cidade: Sppe 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58340-000
 15 - E-mail: alexander.alveira@comendadorrego.com.br 16 - Tel. (DDD): (33) 3330-0304

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:
 RECLUSO INFORMAR 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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 2759 CONTA: 10060789 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 nascido (vai nascer)? 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 - Impresão 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): Alexandro dos Santos Alveira
 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____
 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____





BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica...: Nº 032.889.840



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0601-40 - Insc.Est. 15.016.823-0

DADOS DO CLIENTE
ALECSANDRO 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

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
Visite nosso site: www.claro.com.br e acesse o detalhamento da sua fatura.

Nº do Cliente: 952796439
Nº de Conta: 101518218
CPF/CNPJ: 12.800.758/0001-93
Código para Débito Automático: 101518218 Claro NE DDD 81 a 89
Razão Social: Claro S/A
CNPJ Matr: 40.432.544/0001-47
CNPJ Filial: 40.432.544/0084-20

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

Individuals	R\$	
Oferta Conjunta Claro MIX		
Claro Life Ilimitado 500MB		
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
Total a Pagar	R\$	1.264,35

Veja no verso os detalhes do seu plano e serviços.

Prezado Cliente,
Este boleto não quite 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 a 89			

8480000012-0 | 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 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/BIBLIOTECAWEB/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 COAF¹.

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 Nº9.613/98.

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

Alexandre dos Santos Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.901.744 / 35

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

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 029.901.744 / 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.com.br</u>		CEP: <u>58073-400</u>
		Tel.(DDD): _____

Local e Data: Joo Pessoa/PB 19/11/19

Thiago de Araujo Brandão
Assinatura do Declarante

LDRL001 V001/2017



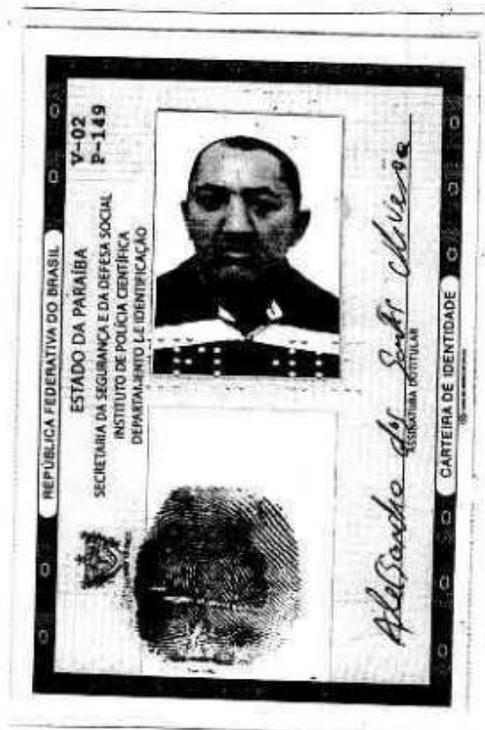


Laudo Médico/Resumo de Alta



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>Onesme</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 bacteriológico:			
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>AINES + Ceflexim</u>			
Retorno: Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto. Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.			
João Pessoa: <u>14 de 03 de 17</u>		<u>Rafael</u> Ass. Médico/CRM	
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO CONTINUIDADE DE TRATAMENTO			



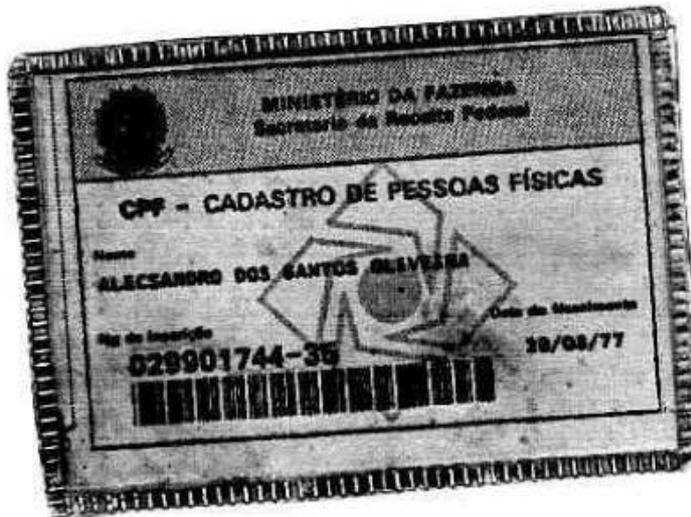


VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2.202.313	-2 VIX	DATA DE EXPEDIÇÃO	10/06/2019
NOME	ALECSANDRO DOS SANTOS OLIVEIRA			
FILIAÇÃO	JOSÉ COMES DE OLIVEIRA MARIA DE LOURDES DOS SANTOS OLIVEIRA			
NATURALIDADE	MARI-PB	DATA DE NASCIMENTO	29/03/1977	
DOC ORIGIN	NASC.N. 6115 FLS. 152 LIV. 7A CARTORIO SAPE-PB			
CPF	029.901.744-35			

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES





ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
 CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
 IDENTIDADE DE ADVOGADO

INSCRIÇÃO: 16685

COGNOME: THIAGO DE ATAÍDE BRANCO

FILIAÇÃO: TOLSTOI DA SILVA BRANCO
 MARIA SALETE DE ATAÍDE BRANCO

CATEGORIA: JOÃO PESSOA - PB DATA DE MANUTENÇÃO: 13/06/1993

Nº: 2943588 - SSP/PB Nº: 672.138.414-02

REGISTRO DE ORÇAMENTO: NÃO DATA DE EXPIRAÇÃO: 14/03/2012

Edna Regina Cavalcanti Rodrigues
 EDNA REGINA CAVALCANTI RODRIGUES
 PRESIDENTE

TEM FE PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 10181870

USO OBRIGATORIO
 IDENTIFICADOR PARA TORNAR O FERN I ESBAN
 (VAL. 13 em Lei nº 8.188/00)

Thiago de Ataíde Branco
 THIAGO DE ATAÍDE BRANCO

BARCODE

CVB



LACERDA SANTANA
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO



Feliciano da Silva
Serviço Notarial e Registro

Reconheço, como autêntica e verdadeira,
ALEXANDRO DOS SANTOS OLIVEIRA

Em test. da verdade, São-PB, 25/09/2019, às 15:22:03
Marta de Lourdes Castro Gusato - Ex-PE
(2019-006402)ENCL:RS 49,91 FARENSE
SELO DIGITAL: A3B06552-84F9
Confira a autenticidade em <https://selo>

CARTÃO UNIC
Sobrenome: Feliciano S.
Tabela Substituída
Marta de Lourdes Castro Gusato
Cartão de Identificação
Marta de Lourdes Castro Gusato
CPF: 031.578.5-2541/9313-3165
CEP: 58040-000-São-PB

OUTORGANTE:

Alexandro dos Santos Oliveira, brasileiro, natural
inscrito no RG 2.202.373 - CPF 019.901.744-95, residente
em na Av. Comendador Renato Albuquerque Coutinho, 2170,
centro, São-PB, 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, INFEN, 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.

Alexandro dos Santos Oliveira
OUTORGANTE

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

RMC

E-mail: joapessoa.pb@lacerdasantana.adv.br

Site: www.lacerdasantana.adv.br



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0005539/20

Vítima: ALECSANDRO DOS SANTOS OLIVEIRA

CPF: 029.901.744-35

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/02/2017

Titular do CPF: ALECSANDRO DOS SANTOS OLIVEIRA

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 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

