

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, 22 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190592859

Vítima: JOSE ALBERTO PEREIRA ROLDAO

Data do Acidente: 13/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ALBERTO PEREIRA ROLDAO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190592859

Vítima: JOSE ALBERTO PEREIRA ROLDAO

Data do Acidente: 13/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE ALBERTO PEREIRA ROLDAO

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

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

050 323474-50 José Alberto Pereira Roldão

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:	José Alberto Pereira Roldão			CPF:	050323474-50
Profissão:	Pedreiro	Endereço:	Rua Alexandre Ferreira Norato, 39	Número:	
Bairro:	Gromome	Cidade:	João Pessoa	Complemento:	
E-mail:				CEP:	58067-105
				Tel. (DDD):	

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

RENDA MENSAL:

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

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

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: **0036** CONTA: **000076371**
(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, não havendo e dando, desde já e somente, após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - 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 **fassinalar 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 nº 1.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parestesia com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não. Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
Obras Sociais Federação

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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 ao artigo 299 do Código Penal.

Impressão
digital da
vídeo-
benfeitoria
no Brasil

Local e Data, João Pessoa, 17/10/2019
Nome: José Alberto Pereira Rolo
CPF: 105.323.474-50

TESTEMUNHAS

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

050 323 474-50 Jose Alberto Pereira Roldão

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

CPF:

050 323 474-50

Número:

Complemento:

Centro

João Pessoa

Estado:

PB

CEP:

58067-105

E-mail:

Tel. (DDD):

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo [ANEXAR CóPIA].

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0036

CONTA: 00007637 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos: _____

Falecidos: _____

Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

Sim

Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que quaisquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima/beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa, 17/10/2019
Nome: José Alberto Pereira Roldão
CPF: 050 323 474-50

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
BR 230 KM 25 - CRISTO REDENTOR - JOAO PESSOA - PB - CEP - 58071-680
CNPJ: 09.095.183/0001-40 INSC. EST: 160158230

REAVISO DE CONTA

06 - 001 - 409 - 3140 B

CDC: 0000280012 - 6

PEDRO JOSE DA SILVA

RUA DA REPUBLICA 390

JOAO PESSOA

Domicilio: 971 Medidor: 00008162616 Coordenadas: -7,121236, -34,889865

Referência: PX. A LOJA CRIATIVA ONDE FABRICA FLACAS

VARADOURO

CEP: 58.010-18

PRÆFÍTURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
DIRETORIA DE HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITI
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
38056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ: ()

Ficha Nr: 228726

Atd: Nao Requid

Data: 13/05/2019

Hora: 04:12:20

Repcionista: MARILENE AUGUSTO FERNA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE ALBERTO PEREIRA ROLDAO
CPF: 203351466950304 Sexo: M IDENTIDADE: 2709223 Fone: 987738189

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 14/07/1983 Id: 35 anos

End.: RGASUEDIS PACOTES, 101

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: SUZANA PEREIRA ROLDAO Pai: NAO DECLARADO

Raca: SFM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupacao: PEDREIRO SEM ESPECIFICACAO

Escolaridade: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: ESPOSA-LUCIANA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: COL. MOTO X POSTE NO VALENTINA AS 02:32

Vitima de violencia por: CONDUTOR

Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

PC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Sico. Abd:

O2%:

Queixa Principal

VITIMA DE COLISAO COM O POSTE , COM CORTE
CONTUSO E ESCORRIACOES EM MSO (SIC)

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Aparentemente Bem Grave

Politraumatizado Convulsao

Hemorragia Dispneia

Diarreia Agitado

Regular Chocado

Vomito

Observacao

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSO (SIC)

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente com fratura contundente na articulação do cotovelo, med. c/ 12 cm. Nao pde acomodar, preferivel a

Diagnóstico

Conduta

Op. Refin. Ortopedica L10000

Praticas

Horario da medicacao

1000 RA

Q Andamento da evolução

Q Sintomas

Ronalley A. Braga dos Santos
Med. Ronnely A. Braga dos Santos
Medico - Cirurgia Geral
CRM - PB 8572

X

ORTOPEDIA

Paciente seixas do Nogueira Neto, seu
dor deixa e exala e permanece no atletas

Px com alteração

Permanente, intensa, sem Círculo

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

PD: Alô Alô Ortopedia

Dr. Tibirica Medeiros
Ortopedia Traumatologia
Cirurgia Ombro e Cotovelo
CRM-PI 2266 CRM-PE: 18474
TELEFONE: 15069

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdel	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

030106006-2

BESTING DO PACIENTE

<input checked="" type="checkbox"/> Residencia	<input checked="" type="checkbox"/> Transferido	<input checked="" type="checkbox"/> Desistência	<input checked="" type="checkbox"/> UTI
<input type="checkbox"/> Alta a pedido	<input checked="" type="checkbox"/> Enfermaria	<input checked="" type="checkbox"/> Óbito:	<input checked="" type="checkbox"/> Arrestado
		<input checked="" type="checkbox"/> EVO	<input checked="" type="checkbox"/>

Atenção para o conteúdo

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do M-

030106006-2
040106006-2



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) José Albertino P. Ribeiro portador(a) da identidade RG _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da patologia CID-10 S52, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 30 (trinta) dias, a partir desta data.

João Pessoa,
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 50507-EOT 6511

10/06/15

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

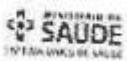
Eu, _____, autorizo o(a) Dr.(*) _____, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1^a VIA-PACIENTE

2^a VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, 516, CEP 58065-304, Mangabeira II, João Pessoa - PB



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Jose Alberto P. Rot
lhas

Declaro para os
obrigados que o
paciente acima foi
vítima de acidente
de moto, o qual
resultou fratura do
ombro esq, D, para
qual foi submeti-
do a tratamento
conservador.

Dr. Heuler Romero L. Nobreaga
Ortopedia/Trumatologia
CRM-PB 00507-EOT 8611

10/09/15

Assinatura e Carimbo



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
ELAVIANA DA SILVA CÂMARA

MUNICÍPIO
CARLOS ALBERTO DA SILVA CÂMARA
ANA GLÓRIA DA SILVA CÂMARA

MATRIZ/LOJAS

JOÃO PESSOA-PB

CEP

2671100 - SGP/PB

PERÍODO DE EMISSÃO E FECHAMENTO

SIM

DATA DE NASCIMENTO

15/08/1984

CPF

048.079.624-83

PIS

CEP/UF/CEP

12/01/2009

SOU MARIA PORTO ADVOGADA

TEM REPUTAÇÃO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL **07841734**



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364865/19

Vitima: JOSE ALBERTO PEREIRA ROLDAO

CPF: 050.323.474-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/05/2019

Titular do CPF: JOSE ALBERTO PEREIRA
ROLDAO

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

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

JOSE ALBERTO PEREIRA ROLDAO : 050.323.474-50

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: 18/10/2019
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69



FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03



NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROCURAÇÃO

Outorgante: João Alberto Pereira Roldão, brasileiro(a), estado civil profissão residente e domiciliado à Rua Alexandres Ferreira Nº 393 bairro Gramaeme, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58032-474 portador(a) do RG nº 267.190, SSP/..... e CPF nº 050.323.474-50.

Outorgado: Floriana da Silve Camara, brasileiro(a), estado civil profissão residente e domiciliado(a) à Rua do Reptil Belo, nº 590, bairro Centro, Município de João Pessoa, Estado de (o) Pará, Cep: 58010-180 portador (a) do RG nº 267.190, SSP/..... e CPF nº 048.059.624-69.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) João Alberto Pereira Roldão, ocorrido em/...../....., conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.
Processo de natureza imediatas.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa 24, de 09

de 2019.

JOÃO ALBERTO PEREIRA ROLDÃO CARTÓRIO
Outorgante VIEIRA BATIST. CPF Nº 050.323.474-50

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

CARTÓRIO VIEIRA BATIST. OFÍCIO DE NOTAS

RECONHECIMENTO DE FIRMA 2019-043655
Reconheço por autenticidade a firma de JOSE ALBERTO PEREIRA ROLDAO

Dou fa, em testemunho da verdade, João Pessoa - PB, 24/09/2019 10:40:41
CMQ: R\$ 0,01 FEPJU: R\$ 1,98 FARFEN: R\$ 0,29 ISS: R\$ 0,50
SELO DIGITAL: AJD89044-PFIL
Confira a autenticidade em: <http://reoxdigital.tjpb.jus.br>

IVONE TE VIEIRA DA SILVA - ESCREVENTE AUTORIZADA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364865/19

Vítima: JOSE ALBERTO PEREIRA ROLDAO

CPF: 050.323.474-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/05/2019

Titular do CPF: JOSE ALBERTO PEREIRA ROLDAO

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

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

JOSE ALBERTO PEREIRA ROLDAO : 050.323.474-50

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: 18/10/2019
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA