
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

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 (DESPEÇAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 050 323 474-50 Nome completo da vítima: José Alberto Pereira Roldão

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

Nome completo: José Alberto Pereira Roldão CPF: 050 323 474-50
Profissão: pedreiro Endereço: Rua Alexandre Ferreira N.º 39 Número: 39 Complemento:
Bairro: Grammares Cidade: 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).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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 8.194/74, art. 3º, 41º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: João Pessoa, 11/10/2019
Nome: José Alberto Pereira Roldão
CPF: 050 323 474-50

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 050 323 474-50 Nome completo da vítima: Jose Alberto Pereira Roldão

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

Nome completo: Jose Alberto Pereira Roldão CPF: 050 323 474-50
Profissão: pedreiro Endereço: Rua Alexandre Ferreira N.º 39 Número: 39 Complemento: _____
Bairro: Gramma Cidade: 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).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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, 41º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Local e Data: João Pessoa, 11/10/2019
Nome: Jose Alberto Pereira Roldão
CPF: 050 323 474-50

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Jose Alberto Pereira Roldão
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 RGO, 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

VARADOURO

CEP: 58.010- 18

Domicilio:

971 Medidor: 00008162616

Coordenadas: -7,121236, -34,889865

Referência: PX. A LOJA CRIATIVA ONDE FABRICA FLACAS

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

Ficha Nr: 228726 Atd: Nao Regulad
Data: 13/05/2019
Hora: 04:12:20
Recepcionista: MARILENE AUGUSTO FERNA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE ALBERTO PEREIRA ROLDAO
CNS: 203451466950304 Sexo: M IDENTIDADE: 2769223 Fone: 987738189
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 14/07/1983 Id: 35 ano(s)
End.: ROASUEDIS PACOTES, 101
Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: SUZANA PEREIRA ROLDAO Pai: NAO DECLARADO

Raca: SFM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupacao: PEDREIRO SEM ESPECIFICACAO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: ESPOSA-LUCIANA
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: RESIDENCIA

Num. de vezes atendido: 4
Num. Prontuario: 2017.03.003605

Fone: 987738189

Id: 35 ano(s)

Pai: NAO DECLARADO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Escolaridade: NAO INFORMADO

FATURADO

EM

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

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

Vitima de violencia por: CONDUCTOR

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO

PA: FR:
PC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

VITIMA DE COLISAO COM O POSTE, COM CORTE
CONTUSO E ESCORIACOES EM MSD (SIC)

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Observacao

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA (SIC)

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente com ferimentos contusos em ombro direito devido
colisao com poste de luz. Nao houve lesao no resto do corpo.

Diagnostico

Grav. Rupt. Ombro Direito L100ms

Prescritos

1. R1
2. Analgesico de ombro
3. Sutura

Conduta

Horario da medicacao

Ronney A. Braga dos Santos
Medico - Cirurgião Geral
CRM - PB 8572

ORTOPEDIA

Tramonto salina do joelho direito, dor
de dor e inchaço e hematoma no antebraço

Rx sem alterações

Reservado para liberação

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

CD: Alta do Ortopedia

Dr. Tibirica Medeiros
Ortopedia Traumatologia
Cirurgia Ombro e Cotovelo
CRM-99 7295 CREMEPE 18A74
TEOT 15069

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

| Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolução |
|------|--------------|------|---------|----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

030106006-1

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO

Assinatura do paciente/responsável

Assinatura e Carimbo do M-

030106006-1
040106006-1



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Jose Alberto P. Rolke 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, 10/06/19
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PB 5250-TEOT 6511

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

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ag. Filipe José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Jose Alberto P. Pol-
Dias

Declaro para os
devidos fins que o
paciente acima foi
vítima de acidente
de moto, do qual
resultou fratura do
osso do braço D, para
qual foi submeti-
do a tratamento
conservador.

10/09/15 

Dr. Heider Romero L. Nóbrega
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PB 30507 EOT 6511

Assinatura e Carimbo

VALGAM TUDO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2.709.223 - 2 VIA

DATA DE NASCIMENTO 14/07/1983

SUZANA PEREIRA ROLDÃO

JOÃO PESSOA - PB

MASC. N. 33.676 FIA. 11 LIV. A-32

CARTÃO DE TOAO VERDEA-PB

050.323.474-50

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PARAIBA

V-02 P-917

ALBERTO PEREIRA ROLDÃO

CARTÃO DE IDENTIDADE

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

NOME
 FLAVIANA DA SILVA CÂMARA

PLACÃO
 CARLOS ALBERTO DA SILVA CÂMARA
 ANA GLÓRIA DA SILVA CÂMARA

NATURALIDADE
 JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO
 15/08/1984

CPF
 2671196-86/PB

CPF
 048.079.824-85

DATA DE EXERCÍCIO
 01/12/01/2009

SIN
 JOSE MARCO PORTO JUNIOR

14540

TEM FE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL **07841734**

USO ORIENTADOR
 SENTENÇA CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
 (Art. 13 da Lei nº 8.336/91)

Foto


ASSINATURA DO PORTADOR
 Flávia da Silva Câmara

DESENHADOR

CAB

Barcode

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364865/19

Vítima: JOSE ALBERTO PEREIRA ROLDAO

CPF: 050.323.474-50

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 13/05/2019

Titular do CPF: JOSE ALBERTO PEREIRA
ROLDAO

CPF de: Próprio

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: Jose Alberto Pereira Roldão brasileiro(a), estado civil solteiro profissão advogado residente e domiciliado à Rua Alexandre de Gusmão nº 100 bairro Encomenda Município de João Pessoa Estado de(o) PB Cep: 58010-180 portador(a) do Rg nº 1.110.110 SSP/ PB e CPF nº 050.323.474-50

Outorgado: Flaviana da Silva Câmara brasileiro(a), estado civil solteira profissão advogada residente e domiciliado(a) à Rua da República nº 290 bairro Centro Município de João Pessoa Estado de(o) Pernambuco Cep: 58010-180 portador (a) do RG nº 267.110 SSP/ PB e CPF nº 048.079.624-69

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) Jose Alberto Pereira Roldão ocorrido em 11/09/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza inodidex

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.

Jose Alberto Pereira Roldão **CARTÓRIO**
Outorgante **VEIRA BATIST.**
CPF Nº 050.323.474-50

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

OFÍCIO DE NOTAS
RECONHECIMENTO DE FIRMA 2019-043665
Reconheço por autenticidade a firma de
JOSE ALBERTO PEREIRA ROLDÃO
Doc. nº, em testemunho da verdade: João Pessoa - PB, 24/09/2019 10:40:41
CMOL: R\$ 9,91 FEPJ: R\$ 1,00 FAPEN: R\$ 0,29 ISS: R\$ 0,50
SELO DIGITAL: AJO00044-PF-IL
Confira a autenticidade em <http://reodigital.tpb.jus.br>
IVONETE VIEIRA DA SILVA - ESCRIVENTE AUTORIZADA

SERVIÇO NOTARIAL
IVONETE VIEIRA DA SILVA
OAB/PB nº 1.110.110

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364865/19

Vítima: JOSE ALBERTO PEREIRA ROLDAO

CPF: 050.323.474-50

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 13/05/2019

Titular do CPF: JOSE ALBERTO PEREIRA ROLDAO

CPF de: Próprio

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

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