



Número: **0805545-11.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/07/2018**

Valor da causa: **R\$ 14.450,00**

Processo referência: **0805537-34.2018.8.15.2001**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DARLENE IDALINO DE SOUZA (AUTOR)		MARTINHO CUNHA MELO FILHO (ADVOGADO) ANYELLE CIRNE ARAGAO (ADVOGADO)	
COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A. (REU)			
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37077 261	25/11/2020 11:23	2766725_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2017

Carta nº: 11100041

A/C: DARLENE IDALINO DE SOUZA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170299407 ASL-0207600/17

Vítima: DARLENE IDALINO DE SOUZA

Data Acidente: 12/06/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00179/00180 - carta_01



Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2017

Carta nº: 11110671

A/C: DARLENE IDALINO DE SOUZA

Sinistro: 3170299407 ASL-0207600/17
Vítima: DARLENE IDALINO DE SOUZA
Data Acidente: 12/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01045/01046 - carta_02

00070523



Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2017

Carta nº: 11343394

A/C: DARLENE IDALINO DE SOUZA

Sinistro: 3170299407 ASL-0207600/17
Vitima: DARLENE IDALINO DE SOUZA
Data Acidente: 12/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - IRREGULARIDADE

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que face a irregularidade constatada em auditoria realizada, o sinistro acima não será indenizado.

A documentação original permanece em nosso poder para as providências cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do nosso SAC 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00947/00948 - carta_13





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Autorização de pagamento



DOCUMENTO 1 - 170417

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Esse documento é destinado aos beneficiários da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Darlene Idalino de Souza, beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, PORTADOR(A) DO RG Nº 1.133.775.231-4 EXPEDIDO POR SSP/PB/11.17 EM 20/04/2005 CPF 003141359-11, CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO AVULSO E RENDA MENSAL DE R\$ Recebe-se 1 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Darlene Idalino de Souza AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3377-8 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 04.741-7

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

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3377-8 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 04.741-7

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

João Pessoa de 22 de Março de 2017
LOCAL E DATA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
03 ABR. 2017.
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO
AG. JOÃO PESSOA

ATENÇÃO

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/11/2020 11:23:38

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112511233808100000035383919>

Número do documento: 20112511233808100000035383919

ASL-0131191/17
adailton.oliveira.0917
30707261 10:28:37

ASL-0131191/17
adailton.oliveira.0917
30707261 10:28:37

13/02/2017 14:09:16
834714441 0277
BANCO DO BRASIL
COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM POUPANÇA
EM DINHEIRO

CLIENTE: DARLENE IDALINO DE SOUZA
AGENCIA: 3277-8 CONTA: 123.456-1 VAR:51

DATA 13/02/2017
NR. DOCUMENTO 83.471.444.100.227
VALOR DINHEIRO 750,00
VALOR TOTAL 750,00
NR. AUTENTICAÇÃO 020.270.104.000.002

Creditos a partir de 04/05/2012 estar
disciplinados pela Lei 12.736/2012.

LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO.
ENTRE OUTRAS INFORMAÇÕES.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
03 ABR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CÓPIA



Boletim de ocorrência



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral Da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional De Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos
da Capital



GOVERNO
DA PARAÍBA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01679.01/2016.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01679.01.2016.1.00.420, cujo teor do ato passou a transcrever na íntegra. Ao(s) 07 dias do mês de Dezembro de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO, comigo, RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO, Agente De Investigação, às 10:13 horas, compareceu DARLENE IDALINO DE SOUZA, nacionalidade BRASILEIRA, profissão AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS, naturalidade João Pessoa/Paraíba, data de nascimento [NÃO INFORMADO], idade [NÃO INFORMADO], filiação MARIA DA LUZ IDALINO DE SOUZA e FRANCISCO GINU DE SOUZA, Documento - CPF: 083.141.554-11, residente R. JOSEFA GOMES FIRMINO, 40 (NÃO INFORMANDO), Roger, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (83) 98619-5510.

Dados dos Fatos:

(1) - Local: [NÃO INFORMADO], número: [NÃO INFORMADO], complemento: [NÃO INFORMADO], Mangabeira, João Pessoa - PB; Tipo do Local: VIA LOCAL DE ACESSO PÚBLICO (RUA, PRAÇA, ETC); Data/Hora: 16/06/16 21:00

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que, no dia 16/06/2016, por volta das 21:00 horas, quando conduzia a motocicleta de marca HONDA/CG 125 FAN ES, de cor preta, ano 2011/2012, placa DEU-8539/PB, CHASSI 9C2JC4120CR501227, registrada em nome de Darlene Idalino de Souza, pela R. Comerciante Alfredo Ferreira da Rocha, bairro Mangabeira, nesta capital, quando ao passar pelo sinal verde um veículo fez uma curva sem a devida atenção e atingiu a lateral direita de sua motocicleta, tendo a mesma perdido o controle de direção caindo ao solo e em decorrência desse fato veio a sofrer fratura diafisária do fêmur direito, sendo socorrida pelo Samur e conduzida para o Hospital de Emergência e Trauma senador Humberto Lucena, nesta capital.

ADENDOS:

Que na data 07/12/2016 compareceu na delegacia o noticiante, para realizar o seguinte adendo: O ACIDENTE OCORREU NO DIA 12/06/2016, AS 21:00, COMO CONSTA NO LAUDO MÉDICO DO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, NESTA CAPITAL.

Nada mais havendo a declarar, foi identificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

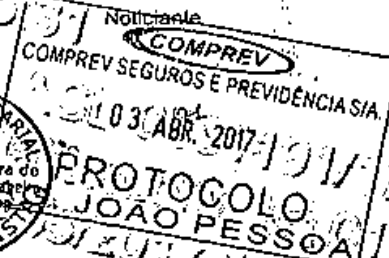
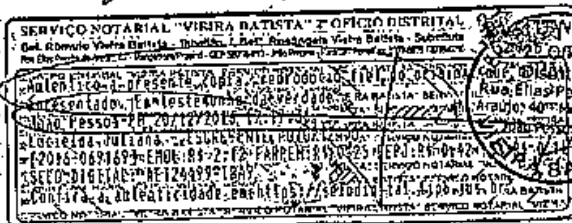
João Pessoa (PB) 07 de Dezembro de 2016

RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO

Agente De Investigação

DARLENE IDALINO DE SOUZA

Noticiante



Procedimento: 01679.01.2016.1.00.420

CÓPIA





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, ASL Darlene Idalino de Souza, portador da carteira de identidade nº 3317523 e inscrito no CPF/ME sob o nº 0831491554-77, residente e domiciliado na Rua Mons. José Coutinho Sme 1.866, cidade João Pessoa, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

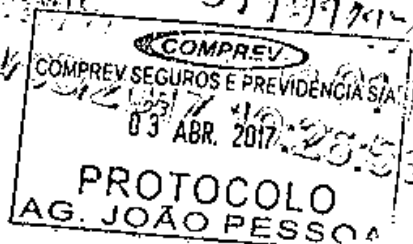
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

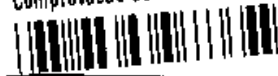
ASL Darlene Idalino de Souza
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

CÓPIA

Local e data



Comprovação de ato declaratório



SAMU
192

REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



JOÃO
PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP: 58053-900
João Pessoa - PB

ATO DECLARATÓRIO

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 606.706, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob o protocolo: 131.7091, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **DARLENE DALINO DE SOUZA** idade 25 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Queda de Moto)** no dia 12/06/2016, no R. Comerciante Alfredo Pereira da Rocha, Bairro: Mangabeira - João Pessoa, aproximadamente às 22:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de emergência e trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmamos a presente declaração.

João Pessoa, 28 de Junho de 2016.

SAME
Jefferson da Rocha Augusto
Coordenador Técnico

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

SAMU 192 JP

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
03 ABR 2017
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB.
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125

CÓPIA





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

RG nº 3317523, data de expedição 20/04/2017
 Órgão SSPIPB, CPF nº 083.141.554-11, venho perante a este
 instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu
 nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito
 seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua Mons. José Coutinho
Número	Sine
Aptº / Complemento	
Bairro	Roger
Cidade	João Pessoa
Estado	PB
CEP	58020-320
Telefone de contato	83-98867.9304 83-99639.8400
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me:

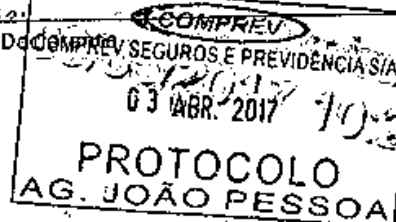
Local e Data:

João Pessoa PB

CÓPIA

22/03/2017

Assinatura do Declarante



Energisa

JO SINDO GALIANO DE SOUZA
RUA NOBILDE CORDEIRO, S/N - ROCHA
JARDIM DE SOUZA I - POB. C. 13000-000 (RJ)

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE
PARANÁ S.A. - CNPJ 06.940.119/0001-90
CNPJ 06.940.119/0001-90
CNPJ 06.940.119/0001-90

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800.083.0196

Conta referente a: **UC (Unidade Consumidora)** 51385332-6

Canal de contato

02/2018

13/2/2018

Data prevista do próximo fatura

11/01/2017

CNPJ/CPF/RAM

Faturas em atraso

Histórico de Consumo

Medida em kWh

RESERVAÇÃO AO FISCO

6247.56e2.8edc.1504.d104.e0e7.33f5.D48d

Indicadores de Qualidade

Atenção

VENCIMENTO: 20/12/2018

TOTAL A PAGAR: R\$ 74,88

ASL-0131191/17
adailton.oliveira.0111
30/10/2017 10:29:04

01/17
2.0199

ASL-0131191/17
adailton.oliveira.0111
30/10/2017 10:29:04

01/17

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
03-ABR/2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ASL-0131191/17
adailton.oliveira.0111
30/10/2017 10:29:04

CÓPIA





ASL-01371

ASL 0137191/17



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO/MEDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE DARLENE IDALINO DE SOUZA
DATA DE NASCIMENTO 23/11/90
NOME DA MÃE MARIA DA LUZ IDALINO DE SOUZA

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 96.750
BOLETIM DE ENTRADA N.º 926.596
DATA DO ATENDIMENTO 12/06/16
HORA DO ATENDIMENTO 22:13
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO(S) FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO
CID 10 S72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta referindo trauma com dor em perna direita. Abdomen sem alterações. Pupilas fotorreagentes e isocóricas. Glasgow 15. Solicitado internação para tratamento cirúrgico. Foi operada e evoluiu bem.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de coxa direita AP/P
RX de quadril

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur direito.

ALTA HOSPITALAR: 22/06/16
DATA DA EMISSÃO: 19/10/16

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
03 ABR. 2017
Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB
PROTOCOLADO
AS JOÃO PESSOA

CÓPIA

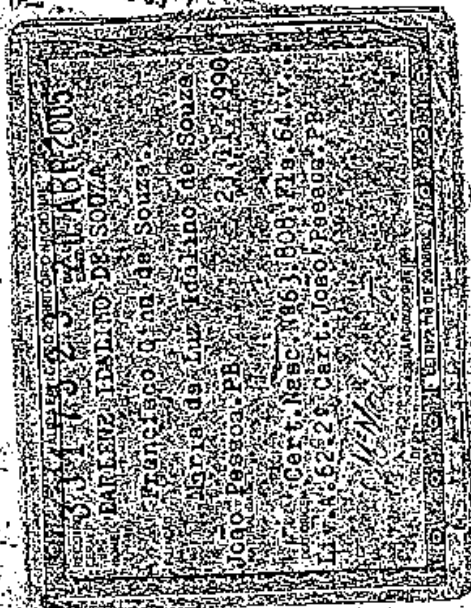
ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para fins de EMPRESAS, ESCOLA
MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



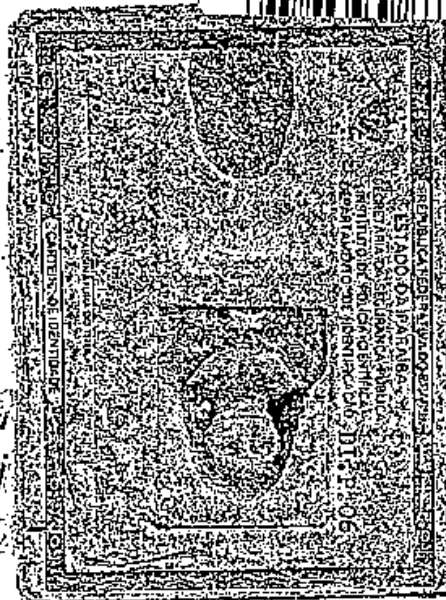
Documentos de Identificacao



ASL-013719177
ardillon.civ
3070

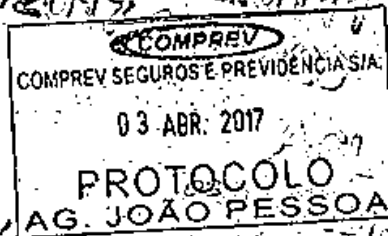


7377
11/21
1/20



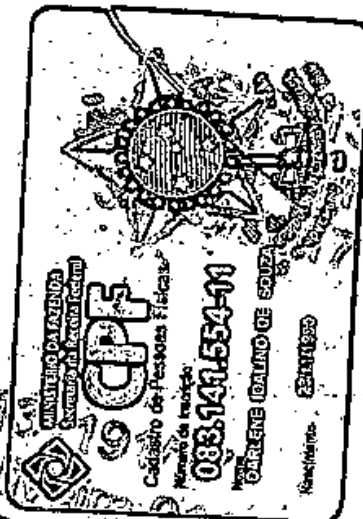
ASL-013719177
ardillon.civ
3070

ASL-013719177
ardillon.civ
3070



CÓPIA

ASL-0131191/17
adailton.oliveira.0111
30/05/2017 10:27:29



ASL-0131191/17
adailton.oliveira.0111
30/05/2017 10:27:29

ASL-0131191/17
adailton.oliveira.0111
30/05/2017 10:27:29

ASL-0131191/17
adailton.oliveira.0111
30/05/2017 10:27:29

ASL-0131191/17
adailton.oliveira.0111
30/05/2017 10:27:29

ASL-0131191/17
adailton.oliveira.0111
30/05/2017 10:27:29



ASL-0131191/17
adailton.oliveira.0111
30/05/2017 10:27:29

ASL-0131191/17
adailton.oliveira.0111
30/05/2017 10:27:29

CÓPIA



DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 01289650101
 CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
 1. 00348504813 08/00000000 2016

NOME
 DARLENE IDALINO DE SOUZA

CPF/ENF. 08314155411

PLACA CEUR539/89

PLACA ANT. UP. NCVG. 0031045 CCR501227

PAS/MOTOCICLETA/APLIC. CATEGORIA

HONDA/CG 125 FAN 65

ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2012

CAP/POU/CIL 2 2/124/CI

CATEGORIA PARTIC. POR PREDOMINANTE

1. DUA COTA UNICA 33/16/2016

P V A FAIXA LVA. PARCELAMENTO / COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$) 10F (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA DE DOMINIO

1000 PESSOA

12627 19460

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA SIA.

03 ABR 2017

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA

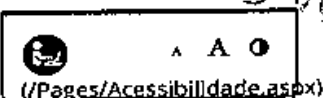
CÓPIA



Seguro DPVAT / Pague Seguro

Consulta a Pagamentos Efetuados

ACESSIBILIDADE



(//Pages/Acessibilidade.aspx)



(//Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos-Despesas-Médicas

(//Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente

(//Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documento Morte

(//Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis

(//Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

Dicas Indispensáveis

(//Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

Indispensáveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

Indispensáveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

Indispensáveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

Indispensáveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

Indispensáveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

Indispensáveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

Indispensáveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

Indispensáveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

Indispensáveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

Indispensáveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

Indispensáveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagar
2016	R\$292,01	Quitado	☐

Data Pagamento	Valor Pago
06/10/2016	R\$292,01

Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagar
2015	R\$292,01	Quitado	☐

Data Pagamento	Valor Pago
20/10/2015	R\$292,01

Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagar
2014	R\$292,01	Quitado	☐

Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagar
2013	R\$292,01	Quitado	☐

Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagar
2012	R\$279,27	Quitado	☐

Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagar
2011	R\$95,86	Quitado	☐

(*) Montado em

Voltar Imprimir

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
03 ABR. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CÓPIA



Outros



Seguradora Lider - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Dona Maria Aparecida de Souza

DATA DO ACIDENTE 16/06/2016 CPF DA VITIMA 083.141.554-11

PORTADOR DO DOCUMENTO AV

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL CUIO PARANTES CO COM

A VITIMA É AV

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Mons. José Lourenço

Nº 512 COMPLEMENTO BAIRRO Boa Vista

CIDADE João Pessoa UF PB CEP 58090-380

E-MAIL maria.souza@joaopessoa.pb.gov.br TELEFONE (31) 3333-3333

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)
- (X) CARTILHA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TRABALHO OU CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) LAUDO MÉDICO (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)
- (X) LAUDO IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IMIL: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMIL (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA)
- (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL COM DOCUMENTOS QUE CONFIJUREM OS DADOS BANCÁRIOS, MAS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) CARTILHA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TRABALHO OU CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)

(X) CARTILHA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TRABALHO OU CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE

(X) TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVELS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES, CONSULTAS, EXAMES, MEDICAMENTOS, FARMACIA, ACOMPANHADOS DO RECEIQUO DE RECEBIMENTO DO ACIDENTE (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL COM DOCUMENTOS QUE CONFIJUREM OS DADOS BANCÁRIOS, MAS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- (X) CARTILHA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTILHA DE TRABALHO OU CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

INVALIDEZ PERMANENTE - ATE R\$ 13.500,00

INVALIDEZ PERMANENTE - ATE R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DO SEGURO PREVISTA NA LEI 1.947/9.

DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - RECEBIDAS ATE R\$ 2.700,00 (RECEBIDAS), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.

COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODEMOS SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.

PARA ACOMPANHAR O PRONTO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOCTRASTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 073 3304

PORTADOR DO DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 16/06/2016

IDENTIDADE 3317583

ASSINATURA Suelio Moreira Torres

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 16/06/2016

NOME Suelio Moreira Torres

ASSINATURA Suelio Moreira Torres

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0207600/17
Vítima: DARLENE IDALINO DE SOUZA
CPF: 083.141.554-11

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 12/06/2016
Titular do CPF: DARLENE IDALINO DE SOUZA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

DARLENE IDALINO DE SOUZA : 083.141.554-11

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 30/05/2017
Nome: DARLENE IDALINO DE SOUZA
CPF/CNPJ: 083.141.554-11

DARLENE IDALINO DE SOUZA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 30/05/2017
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

