Tribunal de Justiça da Paraíba
PJe - Processo Judicial Eletrônico

04/12/2020

Número: **0807325-15.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **05/02/2020**
Valor da causa: **R$ 12.656,25**
Assuntos: **Seguro**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOAO LUCIO DE FARIAS NETO (AUTOR)	**FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO (ADVOGADO)**
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	

Documentos			
Id.	**Data da Assinatura**	**Documento**	**Tipo**
37465654	04/12/2020 09:18	2770527_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Seguradora Líder · DPVAT

seguro DPVAT 40 ANOS

Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2015

Carta n°: 8243966

A/C: LENILSON SILVA DOS SANTOS

Sinistro:	**3151001377**
Vitima:	**LENILSON SILVA DOS SANTOS**
Data Acidente:	**10/08/2015**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE**

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.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o 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.dpvatsegurodotransito.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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00713/00714 - carta_01

00020357

Seguradora Líder · DPVAT

seguro DPVAT 40 ANOS

Rio de Janeiro, 07 de Dezembro de 2015

Carta n°: 8261690

A/C: LENILSON SILVA DOS SANTOS

Sinistro:	**3151001377**
Vítima:	**LENILSON SILVA DOS SANTOS**
Data Acidente:	**10/08/2015**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE**

Ref.: INTERRUPÇÃO 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.dpvatsegurodotransito.com.br.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00287/00288 - carta_02

00050144

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Lenilson Silva dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Ricardo Alves do Nascimento, 115
Ipes João Pessoa PB CEP: 58028-861
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 3632907
Data local do exame: [11/12/2015] João Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Periciando vítima de acidente de motocicleta, sofreu traumatismo no punho esquerdo que resultou em fratura do rádio Distal. Ao exame físico apresenta edema residual, cicatriz cirúrgica na região volar do punho, limitação de mobilidade articular do punho e perda de força motora.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim ( ) Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim ( ) Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

Quadro tratado cirurgicamente, osteossintese com placa, parafusos e fios de Kirchinner. Evolução insatisfatória, teve alta definitiva em 15/11/2015.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim ( ) Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Periciando sequelado de fratura do rádio Distal esquerdo, apresenta limitação de mobilidade articular e perda de força motora do punho esquerdo.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Punho - Lado Esquerdo
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
(X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

( ) Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. João Bartolomeu P. Rabelo
Médico Perito
CRM - PB 4518 CRM PE 14722
SAUDESEG

Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

"0014"

Nº DO SINISTRO 31516[illegible] CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

Eu, Linilson Silva dos Santos,

PORTADOR(A) DO RG Nº 3632307 EXPEDIDO POR _____ EM ___/___/___ E CPF 099719919-75 /CNPJ _____, PROFISSÃO Autonomo E RENDA MENSAL DE R$ 788,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Linilson Silva dos Santos, 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 aparecerem 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 Lotéticas 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 benefiário/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/beneficários.**

FUNDO DE SEGURO DE SINISTROS
02 FEV 2015
PÁGINA: 14

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, 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 CEF 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0036 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 30.413-6

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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.

Paulista, 22 de Setembro de 2015 — Linilson Silva dos Santos.

LOCAL E DATA — ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

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.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL A425 #20 AUTO ATENDIMENTO 28/10/2015

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO,INFORME AS DATAS EXTRATO
PAG: 001

AG: 0036 - CABO BRANCO OPER: 001 CONTA: 30.413-6
PERIODO: 01102015 ATE: 27102015 CPF: 394.714.914-79
NOME: LENILSON SILVA DOS SANTOS LIMITE FLUTUANTE GIM: [illegible]
LIMITE CHEQUE AZUL: [illegible]
VLR.BLQ.JUDICIAL : [illegible]

DATA MOVTO	NR.DOC	HISTORICO	V A L O R	S A L D O
01/10/2015	900001	DEB.JUROS	[illegible] D	[illegible] C
01/10/2015	000000	DEB.IOF	[illegible] D	[illegible] C
05/10/2015	051603	DP DIN LOT	[illegible] C	[illegible] C
06/10/2015	000001	CRED TED	[illegible] C	[illegible] C
06/10/2015	000001	CRED TED	[illegible] C	[illegible] C
13/10/2015	092015	DEB CESTA	[illegible] D	[illegible] C

SALDO EM 27/10/2015 R$ [illegible] C

F1 AJUDA F2 EXTRATO ANTERIOR F5 EXTRATO P.A.I. F7 VOLTAR PAG
F3 RETORNAR F4 POS.INVESTIMENTOS F6 RESUMO LIMITES F8 AVANCA PAG F12 FINALIZAR

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS
02 DEZ. 2015
15
PÁGINA:_____

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/12/2015
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: LENILSON SILVA DOS SANTOS

BANCO: 104
AGÊNCIA: 00036
CONTA: 000000030413-6

Nr. da Autenticação 651EE9C1E730757C

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
1ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIAMCIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS DA CAPITAL
Rua Manoel Rufino da Silva, SN, Central de Polícia - João Paulo II, João Pessoa-PB, CEP: 58076-005

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 3684/2015

Aos dezesseis dias do mês de novembro do ano de dois mil e quinze, nesta cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, na Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Francisco Deusdedit Leitão Filho, comigo escrivão de seu cargo, ao final assinado, aí por volta das 15:55h, compareceu o (a) Senhor (a): **LENILSON SILVA DOS SANTOS**, brasileiro, natural de João Pessoa/PB, solteiro, com 23 anos de idade, Porteiro, Ensino Superior incompleto, filho de Manoel Dacio dos Santos e de Maria da Glória Silva dos Santos, RG. 3.632.907-SSP/PB, residente na Rua Ricardo Alves do Nascimento, nº 115, Bairro dos Ipês, nesta capital, o (a) qual notificou o seguinte: QUE, no dia 10/08/15, por volta das 19:00h, quando conduzia a motocicleta de marca YAMAHA/FACTOR YBR125 K, cor vermelha, ano 2012, de placa OGD-0640/PB, chassi nº 9C6KE1520D0132418, de sua propriedade, pela Rua Antônio Vitorino de Sousa, Bairro dos Ipês, nesta cidade de João Pessoa/PB, após ser atingido por um veículo de placa não identificada, o notificante perdeu o controle de direção caindo ao solo, e que em decorrência desse fato veio a sofrer fratura do punho esquerdo, sendo socorrido pelo resgate do corpo de bombeiros e conduzido ao Complexo Hospitalar de Mangabeira, onde se submeteu a procedimentos médicos. Por este motivo notificou o fato. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 16 de novembro de 2015.

Notificante

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Polícia Civil
Matrícula 3

Escrivão

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS
02 DEZ. 2015
PÁGINA:

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

"0004"

Eu, Lenilson Silva dos Santos, portador da carteira de identidade nº 3632907 e inscrito no CPF/MF sob o nº 097.714.914-79, residente e domiciliado na Rua Ricardo A. do Nascimento, 115 Apto, Cidade João Pessoa, Estado Paraíba, 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.

Lenilson Silva dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa, 22 de setembro de 2015

Local e data

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS
02 DEZ. 2015
PÁGINA:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3151001377 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: LENILSON SILVA DOS SANTOS **Data do acidente:** 10/08/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo no punho esquerdo que resultou em fratura do rádio Distal.

Descrição do exame médico pericial: Edema residual, cicatriz cirúrgica na região volar do punho, limitação de mobilidade articular do punho e perda de força motora.

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente, osteossintese com placa, parafusos e fios de Kirchinner.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM PUNHO E

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/12/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

VISTO EM: 13/10/15

Comandante do Nascimento Silva
TEN CEL 521.280-4

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES

Comprovação de ato decisório
"0005"

João Pessoa-PB, 09 de Outubro de 2015.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 492/2015

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 10/08/2015, conforme requerimento nº 502/15, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 19h04min o/a Sr.(a) **LENILSON SILVA DOS SANTOS** RG Nº 3.632.907 SSDS/PB, vítima de acidente de trânsito (*colisão carro x moto*), ocorrido na Rua Antônio Vitorino de Sousa, Ipês, João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR- 39, tendo como chefe o **SARGENTO BM** Rogério Gomes **Batista**, matrícula 520.037-7, constatou no local da ocorrência que a vítima encontrava-se deambulando, consciente e orientada, apresentando suspeita de fratura fechada no punho esquerdo. A vítima era condutora da motocicleta e usava capacete. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcísio Burity.

Para constar, eu **Elizabete** Gurjão Leôncio Pinheiro - SD BM Mat. 523.935-4, ( ) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo chefe da 3ª Seção/BAPH.

Josinete B.S dos Santos
TEN. QOABM- 517240-3
Chefe da 3ª Seção

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS
02 DEZ. 2015
PÁGINA: 3

GOVERNO DA PARAIBA
Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: craphbbs@bombeiros.pb.gov.br

BancoVotorantim
Cartões

Master

Vencimento da Fatura: 12/09/2015

LENILSON SILVA DOS SANTOS
R RICARDO A DO NASCIMENTO 115 CASA
IPES
58028-861 JOAO PESSOA - PB

345,82

58,07 | 65,31 | 104,05

Comprovante de residência

"0015"

72 13194069 73651 000000760 30 310815

Resumo das Movimentações (em R$)

[illegible]	[illegible]
[illegible]	414,[illegible]
Ajuste de Anuidade	0,00 (+)
[illegible]	0,00 (+)
Ajustes	0,00 (+)
[illegible]	345,82 -
[illegible]	345,82 (=)
[illegible]	[illegible] -
Total [illegible] (A+B+C)	345,82 -

Parcelamento [illegible]

[illegible]

Desconto da Anuidade

[illegible] anterior	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]

Limites de Crédito (em R$)

[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]

Seguro Proteção Premiada

[illegible] R$ 1,90 [illegible] você protege seu cartão [illegible] emergenciais [illegible] Consulte condições gerais no site

Informações Financeiras

Encargos aplicados:	Período Atual	Max.Próx.Período	Período anual
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Custo Efetivo Total (CET) para o próximo período:

[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
Seguro [illegible]	R$ 9,50
Parcelado [illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible] + R$ 3,50

Pagamento de Contas

[illegible] conforme condições gerais

Internet Banking

[illegible] conheça todos os serviços disponíveis [illegible] informações da sua fatura, imprimir boleto para pagamento, [illegible] pagar contas e muito mais.

RECIBO DO PAGADOR

BANCO DO BRASIL 001-9 00190.00009 02541.530008 30243.728182 7 00000000000000

Beneficiário: CNPJ/ BV Financeira S.A. [illegible]
Endereço/Cidade: [illegible]
Avenida das [illegible]
Nº Documento: [illegible]
Agência / Código Beneficiário: [illegible]
Data de Vencimento: [illegible]
Nosso Número: 25415300030243728
Valor Documento: 345,82
(-) Valor Cobrado: [illegible]

REGULAÇÃO DE SINISTROS
02 DEZ 2015
PÁGINA: 16

BANCO DO BRASIL 001-9 00190.00009 02541.530008 30243.728182 7

Local de Pagamento: Pagáveis em qualquer Banco
Cedente: [illegible] CPF: [illegible] Avenida das Nações Unidas, nº [illegible]

Nº Documento	Espécie	Aceite	Data Processamento
003024372A	R$		

Quantidade	Espécie
18	R$

[illegible] "VALOR COBRADO" com o total que esta senão pago. Pagável [illegible]
[illegible] no pagamento, haverá incidência de multa de 2% [illegible]
[illegible] após o vencimento, serão incluídos na próxima fatura mensal.
O pagamento poderá ser feito em qualquer valor entre o pagamento mínimo e o valor total [illegible] encargos de financiamento, a partir do vencimento da fatura.
Parcelamento de fatura: Para adeq[illegible], pague o valor cheio da parcela [illegible]

Pagador/CPF/Endereço Cliente/CPF/CEP

Autenticação Mecânica — FICHA DE COMPENSAÇÃO

Comprovante de residência

"0016"

MARLI CARNEIRO ORIBI
RUA FRANCISCO LEOCADIO RIBEIRO COUTINHO 201 (Sl. 206 - BESSA
JOAO PESSOA / PB CEP. 58036-060 (AG: 1)

energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, km 05 - Distrito Industrial - João Pessoa/PB - CEP 58.020-040
CNPJ 09.049.160/0001-49 - Av. Dom Pedro II, 1559

Classificação: COMERCIAL / COMERCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 14 - 6 - 211 - 1540 — Referência: Abr / 2015
Nº medidor: 00001233803 — Emissão: 24/04/2015
Nota Fiscal/Fatura de Energia Elétrica Nº
Código para Débito Automático:

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse www.energisa.com.br

Área a28b dda3 8a12 9f44 81cd d0bc 0486

Conta referente a: [redacted]

Abr / 2015

[redacted]

24/04/2015

[redacted]

22/05/2015

CPF/ CNPJ/ RG/IE
[redacted]

[redacted]

Data	Leitura	Data	Leitura			
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]

Faturas em atraso
31/03/2015 — 85,13

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R$)
Consumo em kWh	120	[redacted]	
Adic. B Vermelha			

TRIBUTOS E ENCARGOS
PIS
COFINS
CONTRIB SERV ILUM PUBLICA
ICMS (Base de Cálculo R$ 87,08 | Alíquota 25,00%)

Histórico de Consumo
[redacted]

Mar/15	120
Fev/15	44
Jan/15	84
Dz	57
Nv	81
Out/14	98
Set/14	84
Ago/14	84
Jul/14	49
Jun/14	70
Mai/14	77
Abr/14	56

Média dos últimos meses
88 kWh

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
04/06/2015	R$ 90,43

Informações Técnicas
[redacted]

DIC MENSAL	5,30	0,00			
DIC TRIMESTRAL	10,62		NOMINAL	220	
DIC ANUAL	21,26				
FIC MENSAL	3,40	0,00	CONTRATADA		
FIC TRIMESTRAL	6,72		LIMITE INFERIOR	201	
FIC ANUAL	13,46		LIMITE SUPERIOR	331	
DMIC	9,03	0,00			
DICRI	12,27				

Demonstrativo de Faturamento
[redacted]

Descrição	Valor (R$)	
Serviço de Dist. da Energia PB	42,62	
Compra de Energia	27,84	
Serviço de Transmissão	1,93	
Encargos Setoriais	5,16	
Imposto Estadual e Encargos	27,64	
Outros Serviços	0,04	
Total	90,43	100,00

(Ref. 2/2015 (E) R$ 2,06)

Informações Gerais
[redacted]

- Leitura confirmada

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS
02 DEZ. 2015
PÁGINA: 10

DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, 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 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2].

[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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Danilo de Araujo Nobre Leite, portador(a) do RG nº 1929439, expedido por SSP/PB, em 07/01/2010, CPF/CNPJ nº 021.762.164-31, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Lenilson Silva dos Santos do sinistro de DPVAT da natureza Morte da vítima Lenilson Silva dos Santos, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Administrador Renda Mensal R$ ____

Documentos comprobatórios: ____

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS
02 DEZ. 2015
PÁGINA: 11

Danilo de Araujo Nobre Leite
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
AV. AD. FISCAL JOSE COSTA DUARTE,S/N
58151-384 JOAO PESSOA Fone:(83)3214-1981
CNES: 83 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-16

Ficha Nr: 781118 Atd: Nao
Data: 10/08/2015
Hora: 19:57:32
Recepcionista: CLAUDENICE GALVAO DA S
Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE
Num. de vezes atendido: 1
Nome: LENILSON SILVA DOS SANTOS
Num. Prontuario: 2015.08.000787
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3632907 Fone: 993068566
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 18/11/1991 Id: 23 ano(s)
End.: RUA JEZIEL GONZAGA DE BARROS ,SN PAI 9 1370996
Bairro: BAIRRO DOS IPES Cidade: JOAO PESSOA UF :PB
Pai: MANOEL DACIO DOS SANTOS
Mae: MARIA DA GLORIA SILVA DOS SANTOS
Ocupação: ESTUDANTE

Documentação médico Hospitalar
0006

INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: MAE
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: BAIRRO BAIRRO DOS IPES

Transporte utilizado: CORPO DE BOMBEIROS
Vitima de acidente por: COLISAO CARRO X MOTO AS 18:30
Vitima de violência por: SUPERIOR CURSANDO
[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA
Tipo de Classificação de Risco:

PA:	FR:	
FC:	TP:	
Peso:	Altura:	
Glicemia:	IMC:	
Disc. Ard:	O2%:	

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Queixa Principal
Dor no dedo do pé com ferida com hiperemia e edema

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)
Paciente lesão de pele

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS
0 AGO 2015
PÁGINA:

Diagnostico
Celulite no dedo do pé

Conduta

Prescricao
Horario da medicacao

JOÃO PESSOA

Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCISIO BURITY

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

CERTIDÃO

Nº. 2[illegible]77/2015

Atendendo solicitação de LENILSON SILVA DOS SANTOS de acordo com buscas [illegible]tas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 781118 e Prontuário Nº 2015.08.000787 pertencentes ao requerente que foi atendido na Unidade de Emergência do Ortotrauma no dia [illegible]6/2015 às 19h57min, vitima de queda de moto, apresentando trauma em antebraço esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de punho esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 27/08/2015. Alta dia 29/08/2015.

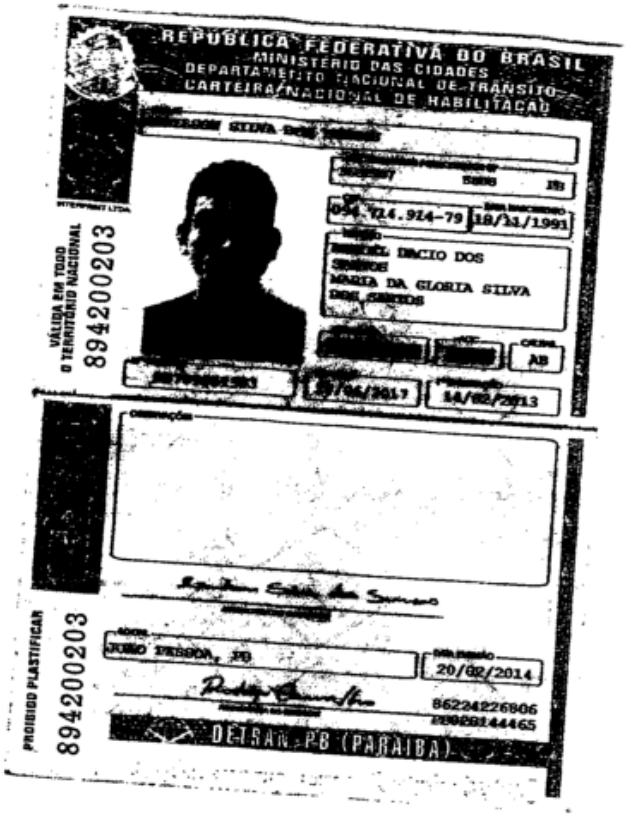
E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, [illegible] assino a presente certidão.

João Pessoa, 02 de Setembro de 2015

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS
02 DEZ. 2015
PÁGINA: 5

"0012"


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

[redacted]

[redacted] PB

054.724.924-79 18/11/1991

[redacted] DACIO DOS [redacted]
MARIA DA GLORIA SILVA DOS SANTOS

[redacted] AB

[redacted] 07/06/2017 14/02/2013

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
894200203

OBSERVAÇÕES:

[redacted]

PROIBIDO PLASTIFICAR
894200203

JOÃO PESSOA, PB

20/02/2014

86224226806
[redacted]144465

DETRAN-PB (PARAÍBA)

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS
02 DEZ. 2015
PÁGINA: 6

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 011755543306
PRT 201500000034641-8

LACRE 0038390884

VIA	CÓD. RENAVAM	CÓD. SEC.	EXERCÍCIO
1	0050449559-3	00/00000000	2014

NOME: LENILSON SILVA DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 09471491479 — PLACA: OGD0640/PB

PLACA ANT. / UF: NOVO / PB — CHASSI: 9C6KE1520D0132418

ESPÉCIE TIPO: AS/MOTOCICLE/NAO APLIC — COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: [illegible] — ANO FAB. / ANO MOD.: [illegible]

CAP. / POT. / CIL.: 2 P/124 /CI — CATEGORIA: PARTIC — COR PREDOMINANTE: VERMELHA

IPVA
COTA ÚNICA: IPVA PAGO EM — VENC. COTA ÚNICA: 02/02/2015 — VENC. COTAS: 1ª / 2ª / 3ª
FAIXA I.P.V.A.: ******* — PARCELAMENTO / COTAS: 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$): ******** — IOF (R$): SEGURO — PRÊMIO TOTAL (R$): P A G O — DATA DE PAGAMENTO: 30/09/2014

OBSERVAÇÕES: A.F BV FINANCEIRA S.A.
0

JOÃO PESSOA-PB — DATA: 02/02/2015
15121 — Anselmo Chaves Sousa — 15243

CONTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 011755543306 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2014 — DATA EMISSÃO: 02/02/201

VIA: 1 — CPF/CNPJ: 09471491479 — PLACA: OGD0640/PB

RENAVAM: [illegible] — MARCA / MODELO: [illegible]

ANO FAB.: 2012 — CAT. TARIF.: 9 — Nº CHASSI: 9C6KE1520D0132418

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R$): ****** — DENATRAN (R$): ****** — CUSTO DO SEGURO (R$): ******
CUSTO DO BILHETE (R$): — SEGURO — P A G O
PAGAMENTO: COTA ÚNICA / PARCELADO — DATA DE PAGAMENTO: 30/09/2014

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br
15245-1207533-20150202

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS
02 DEZ. 2015
PÁGINA: 7

"0029"

DECLARAÇÃO DE REGULARIDADE BANCÁRIA

Eu, Lenilson Silva dos Santos,
Portador do RG: 3632907 e
CPF: 094.714.914-79, declaro para os devidos fins que possuo
Conta no Banco Caixa, Ag: 0036,
Conta: 30.413-6, e que utilizo a mesma regularmente.

O referido é verdade e dou fé.

João Pessoa, 22 de setembro de 2015.

REQUERENTE: [illegible]

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS
02 DEZ. 2015
PÁGINA: 9

Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS **INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS** (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Kenilson Silva dos Santos

DATA DO ACIDENTE 30/08/15 CPF DA VÍTIMA 094.714.414-79

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Ricardo Aido Nascimento

Nº 115 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Ipês

CIDADE João Pessoa UF PB CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE ( ) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

( ) LAUDO DO IML **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNC.A 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 VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEG.VEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM CS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCARIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) 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 VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

PÁGINA 1 DE 2 — 01 DEZ 2015 — REGISTRO DE DOCUMENTOS

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRENCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCARIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) 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

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- **MORTE = R$ 13.500,00**
- **INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.**
- **DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R$ 2.700,00 (REEMBOLSO). 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, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO**
- **PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204**

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE	RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
DATA _____	DATA
IDENTIDADE _____	NOME
ASSINATURA _____	ASSINATURA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:
Nome: Lenilson Silva dos Santos
nacionalidade: Brasileiro (a) est. Civil:
Profissão: Passeiro
Identidade: 3632907 CPF: 094.714.914-79
Endereço: Rua Ricardo Alves do Nascimento, Nº 115, IPÊS, João Pessoa, Paraíba, CEP: 58028-861

OUTORGADO:
Nome: Danilo de Araújo Nobre Leite

Nacionalidade: Brasileiro (A) est. Civil: Casado
Profissão: Administrador
Identidade: 19.294.39 SSP/PB CPF: 021.762.164-31
Endereço: Rua Francisco Léocadio Ribeiro Coutinho, 201 sala 208, Bessa, João Pessoa, Paraíba, CEP 58.036-460.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER**, referente ao **Seguro Obrigatóro - DPVAT**

Local e Data: João Pessoa, 09 de Novembro de 2015.

Lenilson Silva dos Santos

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS
02 DEZ. 2015
PÁGINA: 13

Cartório Garibaldi
9º Ofício de Notas
Av. Epitácio Pessoa, 2640
Tambauzinho - João Pessoa - Paraíba
F.: (83) 3243.0377 - Fax: (83) 3243.0903

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de (LENILSON SILVA DOS SANTOS(95656)). O referido é verdade, dou fé em 11/11/2015. Vlr R$8,60, Fepj R$0,23, Farpen R$0,23, ISS R$0,39
Operador: SAMILY, Selo Digital: ACJ48672-HGBU - Consulte a autenticidade em http://selodigital.tjpb.jus.br

Antonio Carlos Garibaldi Moreira Filho
Herminio Garibaldi Moreira Neto
Hermes Garibaldi dos Santos - Escrevente