



Número: **0849065-21.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/09/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS (AUTOR)		ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
16404678	05/09/2018 11:14	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
16404730	05/09/2018 11:14	<a href="#">andriela herculano BO bam</a>	Documento de Comprovação
16404741	05/09/2018 11:14	<a href="#">andriela herculano prot adm</a>	Documento de Comprovação
16596940	06/02/2020 18:11	<a href="#">Despacho</a>	Despacho

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA \_\_\_ª VARA CÍVEL DA  
COMARCA DE JOÃO PESSOA – PB.

Justiça Gratuita

**ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS**, inscrito no CPF sob o nº 093.444.354-80, residente e domiciliado na Rua Nabuco de Melo, 51, Marco Moura, CEP: 58300-970, Santa Rita – Paraíba, *não possui email*, por seus advogados, adiante assinados, legalmente constituídos nos termos do instrumento procuratório acostado, com escritório profissional sito à Av. Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, nesta Capital, onde receberão as notificações e intimações de estilo que o caso requer, vem, com a devida venia, perante Vossa Excelência, propor a presente:

**AÇÃO JUDICIAL DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT)**

**EM VIRTUDE DE INVALIDEZ/DEBILIDADE PERMANENTE**



em face da **BRDESCO SEGUROS S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 33.055.146/0001-93, sediada no Parque Sólon de Lucena, nº 641, CEP 58.013-131, Centro, nesta cidade, devendo ser citado na pessoa de seu representante legal, o que faz de conformidade com os argumentos fáticos e jurídicos doravante elencados:

## **PRELIMINARMENTE**

### **Do Benefício da Gratuidade Processual**

O promovente, à luz do que dispõe a Lei nº 1.060/50 e o Art. 98 do CPC, vem à presença de Vossa Excelência requerer os benefícios da gratuidade processual por ser pobre na forma da lei, conforme atesta declaração acostada.

## **DOS FATOS**

O promovente é vítima de acidente automobilístico ocorrido, em **13.09.2017**, tudo conforme se depreende da cópia do Registro de Ocorrência Policial anexada a peça inicial.

**Por ocasião do acidente, o autor sofreu inúmeras lesões, que os deixaram com sequelas irreversíveis a serem apuradas mediante perícia a ser realizada por médico especialista, o que o torna beneficiário do seguro denominado (DPVAT).**

É sabido que a Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 8.441/92 e posteriormente pela Lei nº 11.482/2007, assegura o recebimento de indenização por danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres, ou por sua carga, a pessoa transportada ou não, **notadamente nos casos de morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.**

-



A PARTE AUTORA REQUEREU INDENIZAÇÃO VIA ADMINISTRATIVA (PROTOCOLO EM ANEXO), NÃO OBTENDO ATÉ A PRESENTE DATA QUALQUER RESPOSTA POSITIVA DA SEGURADORA RESPONSÁVEL, APENAS EXIGINDO DOCUMENTOS FORA DOS PREVISTOS NO ART. 5º DA LEI QUE REGE O PAGAMENTO PELO SEGURO DPVAT, QUE SÃO O BOLETIM DE OCORRÊNCIA E A PROVA DE QUE A VÍTIMA SOFREU LESÕES EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUE É O PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO, TENDO SIDO DEVIDAMENTE ENCAMINHADO JUNTAMENTE COM O FORMULÁRIOS EXIGIDOS, COM ISSO DIFICULTANDO O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, ALÉM DE EXTRAPOLAR O PRAZO LEGAL PARA O REFERIDO PAGAMENTO.

“Art . 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.”

Diante desses fatos, resta à parte requerente ingressar na justiça para fazer valer o direito dela.

## **DO DIREITO**

### **1. DA LEGITIMIDADE ATIVA *AD CAUSAM***

O seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres – **DPVAT**, conhecido popularmente como **SEGURO OBRIGATÓRIO**, tem a finalidade de socorrer as vítimas de acidentes de trânsito em todo território nacional, não importando de quem seja a culpa.

No caso em comento, é direito da promovente perceber uma indenização por danos pessoais, ante a sua debilidade permanente decorrente de acidente automobilístico.



Vale a pena destacar, que a legitimidade ativa da autora na presente demanda é cristalina. Neste sentido, dúvidas não há, ante a dicção legal do art. 4º da Lei nº 6.194/74, *in verbis*:

“Art. 4º A indenização no caso de morte será paga de acordo com o disposto no art. 792 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil.

§ 3º Nos demais casos, o pagamento será feito diretamente à vítima na forma que dispuser o Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP.”. (GRIFO NOSSO)

## 2. DA LEGITIMIDADE PASSIVA *AD CAUSAM*

O art. 7º da Lei 6.194/74, por seu turno, determina que, em se tratando do seguro denominado **DPVAT**, pelo fato de existir um consórcio, obrigatoriamente, constituído por todas as seguradoras que realizam operações referentes a seguro, qualquer seguradora conveniada ao referido consórcio será parte legítima para figurar no polo passivo da demanda que vise o recebimento de indenização relativa ao seguro obrigatório.

“Art. 7º A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei.”

A própria lei, assim como a doutrina e jurisprudência dominantes entendem que qualquer seguradora que faça parte do **complexo da FENASEG** constitui-se em parte legítima para pagamento do seguro obrigatório, dentre elas a **BRADESCO SEGUROS S/A**.

Neste diapasão, alinha-se adiante o seguinte julgado, *in litteris*:



CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO NA APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA SEGUROS DPVAT. INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. DPVAT. VÍTIMA FATAL DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. SEGURADORA INTEGRANTE DO CONVÊNIO DPVAT. LEGITIMIDADE PASSIVA. JUROS DE MORA A PARTIR DA CITAÇÃO. ARGUMENTAÇÃO DA SEGURADORA RECORRENTE QUE NÃO É CAPAZ DE MODIFICAR A DECISÃO ATACADA. AGRAVO IMPROVIDO À UNANIMIDADE DE VOTOS. 1. Trata-se de Agravo legal em face da decisão terminativa que deu parcial provimento ao recurso de Apelação, reformando a sentença apenas para afastar a litigância de má-fé e fixar juros de mora a partir da citação 2. Concessão de indenização na quantia de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), a título de complementação do seguro DPVAT, por acidente automobilístico que vitimou o pai do apelado. 3. Rejeitada a preliminar de ilegitimidade passiva, tendo em vista que qualquer seguradora integrante do consórcio do seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre (DPVAT) pode ser acionada para pagar o valor da indenização de seguros. 4. Juros de mora contados a partir da citação, consoante o disposto no Enunciado Sumular 426 do STJ e correção monetária a partir da ocorrência do evento danoso. 5. Recurso a que se nega provimento. (TJ-PE - AGV: 3796438 PE, Relator: Waldemir Tavares de Albuquerque Filho, Data de Julgamento: 17/03/2016, 1ª Câmara Regional de Caruaru - 2ª Turma, Data de Publicação: 01/04/2016)

Quanto à legitimidade passiva, mostra-se incontroversa qualquer sombra de dúvida, de sorte que qualquer seguradora que atue no complexo da FENASEG, poderá compor o polo passivo da demanda, como instituição obrigada a compor e efetuar o pagamento do seguro obrigatório em questão.

### **3. DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA O RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO**

Anota o art. 5º da Lei nº 6.194/74 que o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, Vejamos:

“Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.”. (grifo nosso)



Reforçando a ideia do artigo acima citado, pontifica o art. 7º, *caput*, da Lei nº 6.194/74, ao estabelecer que:

*“A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei”.* (destaque nosso).

Assim, não há que se fazer qualquer prova relativa ao pagamento do prêmio do seguro obrigatório, bastando, apenas, a prova da existência do fato e suas consequências danosas.

Independente, pois, do pagamento do prêmio do seguro obrigatório. A propósito, vale destacar que a matéria já se encontra até sumulada na Corte do **SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA**. Vejamos:

**“STJ. SÚMULA 257: A falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) não é motivo para a recusa do pagamento da indenização”.**

É inconteste, portanto, a concepção atual da doutrina e jurisprudência no sentido de tão-somente exigir a prova do fato e suas consequências danosas, nada mais sendo necessário, inclusive o pagamento do prêmio.

#### 4. DO VALOR



Neste especial, a demanda não comporta maiores delongas. É que, a matéria já se encontra pacificada nas mais diversas hostes forenses, inclusive no próprio **STJ**, como veremos adiante.

O valor de cobertura do seguro obrigatório de responsabilidade civil de veículo automotor (**DPVAT**) é regulamentado pela regra constante do artigo 3º da Lei nº 6.194/74, *in verbis*:

“Art. 8º. Os arts. 3º, 4º, 5º e 11 da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, passam a vigorar com as seguintes alterações:

‘Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

I R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de morte;

II – até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso

de invalidez permanente;

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como

reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica

e suplementares devidamente comprovadas.

§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25%





(vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.

Incontroverso, portanto, que o valor que deverá ser pago a título de indenização é de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) no caso de debilidade permanente suportada em razão de acidente automobilístico. Devendo o valor exato ser aquilato mediante perícia médica, afim de que as debilidades da vítima sejam enquadradas na tabela anexa à lei.

## 5. DA POSTULAÇÃO

**EX POSITIS**, requer a Vossa Excelência:

- a) ordenar a citação da empresa promovida, na pessoa de seu representante legal, no endereço acima declinado, sob pena de confissão e revelia;
- b) ao final, **JULGAR TOTALMENTE PROCEDENTE** a demanda em epígrafe, condenando a seguradora promovida a pagar ao promovente o valor que corresponder à sequela proveniente da debilidade permanente suportada em virtude de acidente automobilístico, conforme a lei em até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), além as correções legais e honorários sucumbenciais
- c) Conceder os benefícios da gratuidade judiciária, tendo em vista ser a autora pobre na forma da lei;
- d) Caso seja necessária, seja designada audiência de conciliação;

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em Direito admitidos, quais sejam: depoimento pessoal do representante legal do Réu, juntada de novos documentos e realização de perícia médica a ser realizada **por médico especialista**.



Dá-se à causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Nestes termos. Espera deferimento.

João Pessoa, 16 de julho de 2018.

***Fabio Carneiro Cunha Lima***

*Advogado – OAB/PB nº. 13.527*

***Ana Raquel de S. e S. Coutinho***

*Advogada – OAB-PB nº. 11.968*



## **Quesitos para a perícia:**

1- Queira o I. Dr. Perito se houve lesão à integridade física da vítima. Em caso afirmativo, queira esclarecer o seguinte:

2- Restou sequela da lesão ocorrida? Em caso afirmativo favor identificá-las.

3- Se das sequelas identificadas quais foram às consequências traumáticas e funcionais dos órgãos/membros atingidos?

4- Se tal sequela causou redução na capacidade laborativa da vítima.

5- Queira o Dr. Perito esclarecer qual o tipo de lesão apresentada pelo periciado?

6- Queira o Dr. Perito esclarecer se houve diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado e se este (s) órgão (s) foi (foram) lesionado em função de acidente automobilístico ou outras causas?

7- Queira o Dr. Perito esclarecer se a diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado é de caráter permanente ou temporário?

8- Se houve redução de capacidade de um dos membros, em caso afirmativo, quais são os riscos de sobrecarga do outro membro? Em caso afirmativo, qual membro e de que forma?

9- Queira o Dr. Perito esclarecer tudo o mais que achar necessário.





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00140.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00140.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:08 horas do dia 23 de janeiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Andriela Herculano das Chagas**, CPF nº 093.444.354-80, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de Maria Hozana Herculano das Chagas e Antonio Gouveia das Chagas, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 28/12/1991 (26 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Nabuco Melo, Nº 51, bairro Marcos Moura, tendo como ponto de referência Ponto Final, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98549-733.

**Dados do(s) Fatos:**

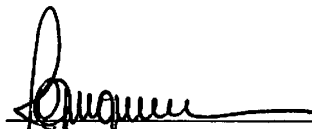
Local: Sanhaua, Estação Ferroviária, Bayeux/PB, bairro Baralho; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 13/09/17 22:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

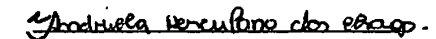
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

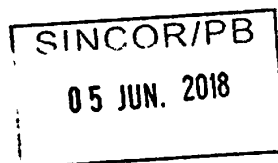
QUE no dia 13/09/2017, por volta das 22:00 horas, precisamente rua: Sanhaua, em Bayeux PB, quando o esposo da notificante Flavio Henrique Santos do Nascimento, portador do CPF: 094.600.644-00, conduzia o veículo tipo motocicleta, marca e modelo: Honda CG 125 FAN KS, ano e modelo: 2009, de cor preta, placa: MNW4791/PB, CHASSI Nº 9C2JC41109R000974, registrado em nome do esposo da notificante, acima citado; QUE ao chegar na rua Sanhaua, um veículo, modelo e marca não identificado pelo notificante, nem tão pouco o condutor do veículo que trancou a notificante e seu esposo, fazendo com que o mesmo perdesse o controle e viesse a cair no solo, onde a notificante veio a se lesionar, sendo a mesma socorrida pelo SAMU, para o hospital de Emergencial e trauma senador Humberto Lucena, conforme laudo médico, datado de 29/11/2017, e assinado pelo médico Dr. José de Almeida Braga-CRM 2329/PB. Que não quer representar

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 23 de janeiro de 2018.

  
**JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS**  
Agente de Investigação

  
**ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS**  
Notificante



Procedimento Policial: 00140.01.2018.1.00.420

**CONFERIDO COM O ORIGINAL**

1/1





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



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS
DATA DE NASCIMENTO	28/12/91
NOME DA MÃE	MARIA HOZANA HERCULANO DAS CHAGAS

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.027.348
DATA DO ATENDIMENTO	13/09/17
HORA DO ATENDIMENTO	22:35
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA
CID 10	S42.0

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, sem perda da consciência e sem vômito. Relata dor em ombro direito. Abdome sem queixas. RX: fratura da clavícula direita. Imobilização em "8".

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de ombro direito.

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de clavícula direita.

### TRATAMENTO:

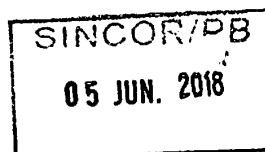
Imobilização em "8".

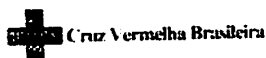
ALTA HOSPITALAR:	14/09/17
DATA DA EMISSÃO:	29/11/17

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

CONFERIDO COM O ORIGINAL





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1027348

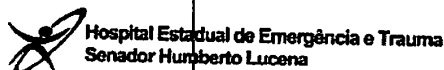


<b>Identificação do paciente</b>			
ID 1210064	Nome ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS	Sexo Masculino	
Data de nascimento 28/12/1991	Idade 25 anos 8 meses 16 dias	Estado civil	Religião
Mãe MARIA HOZANA HERCULANO DAS CHAGAS		Pai ANTONIO GOUVEIA DAS CHAGAS	Prontuário
Escolaridade		Responsável (Parentesco) BIANCA - ACOMPANHANTE	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987140957	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3526174	Nº Cns	
Local de procedência BAYEUX		Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade JUAZEIRINHO	CBO/R	
<b>Endereço</b>			
CEP 58301000	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro PROFESSOR SEVERO RODRIGUES
Número SN	Complemento	Bairro POPULAR	
<b>Admissão</b>			
Data e Hora 13/09/2017 22:35:50	Número da pulseira 1000006260179	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clinica	
Classificação de risco		Origem do paciente SAMU	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	
<b>Indicadores e Transporte</b>			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU		Quem transportou	
<b>Sinais Vitais</b>			
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura	
<b>Exames complementares</b>			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			CID
Atendido por AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES			Tempo 43seg

Imprimir

13/09/2017 22:33





**CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA**  
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES: 445365

Paciente <b>ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS</b>		BAE <b>1027348</b>	Data/Hora Entrada <b>13/09/2017 22:35:50</b>	Data Baixa <b>2017-09-14 01:58:14.0</b>
Data de nascimento <b>28/12/1991</b>	Idade <b>25</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(83) 987140957</b>
Mãe <b>MARIA HOZANA HERCULANO DAS CHAGAS</b>				Prontuário
Endereço <b>PROFESSOR SEVERO RODRIGUES, SN</b>		Bairro <b>POPULAR</b>	Município <b>SANTA RITA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>EDSON DELGADO TINOCO</b>	Nº Cons. Regional <b>7142/PB</b>	
Data/Hora Classificação <b>14/09/2017 01:58:25</b>		Data/Hora Prescrição <b>14/09/2017 01:58:25</b>		

### Anamnese

ORTOPEDIA PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO FRATURA DE CLAVICULA DIREITA. APÓS IMOBILIZAÇÃO EM 8 NOTA-SE POUCA MUDANÇA EM RELAÇÃO AO RX INICIAL. ORIENTO SOBRE PROS E CONTRAS DE TRATAMENTO CONSERVADOR X CIRURGICO. PACIENTE OPTA POR TRATAMENTO CONSERVADOR, COM POSSIBILIDADE DE NECESSIDADE DE CIRURGIA APÓS ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL. CD: ALTA HOSPITALAR

### CID10

Código	Descrição
S42.0	Fratura da clavícula

### Conduta

Em observação

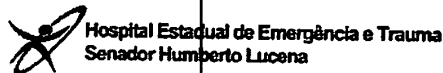
### Alta Hospitalar

Usuário <b>EDSON DELGADO TINOCO</b>	Data e Hora <b>14/09/2017 01:58:14</b>
Motivo de Alta <b>ALTA HOSPITALAR</b>	Observações

**EDSON DELGADO TINOCO**  
(7142/PB)

**ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS**





### CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES: 445365

Paciente <b>ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS</b>		BAE 1027348	Data/Hora Entrada 13/09/2017 22:35:50	Data Baixa
Data de nascimento 28/12/1991	Idade 25	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 987140957
Mãe <b>MARIA HOZANA HERCULANO DAS CHAGAS</b>				Prontuário
Endereço <b>PROFESSOR SEVERO RODRIGUES, SN</b>		Bairro <b>POPULAR</b>	Município <b>SANTA RITA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ERNESTO DE SOUZA DINIZ NETO</b>	Nº Cons. Regional <b>9793/PB</b>	
Data/Hora Classificação 13/09/2017 22:38:19		Data/Hora Prescrição 13/09/2017 22:43:08		

### Anamnese

PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU, REFERE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. USAVA CAPACETE NO MOMENTO DO SINISTRO, NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA E VÔMITOS. RELATA DOR EM OMBRO DIREITO, SEM OUTRAS QUEIXAS. CONDUTA: 1- SOLICITO RADIOGRAFIA DE OMBRO DIREITO + AVALIAÇÃO DA ORTO.

### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO (TRES POSICOES)

### CID10

Código	Descrição
T07	Traumatismos múltiplos não especificados

### Conduta

Em observação

Dr. Ernesto Diniz Neto  
Médico Residente  
Cirurgia Geral  
CRM-PB 9793

ERNESTO DE SOUZA DINIZ NETO  
(9793/PB)

ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS







Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAIBA

SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES: 2778696

Paciente <b>ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS</b>		BAE <b>1027348</b>	Data/Hora Entrada <b>13/09/2017 22:35:50</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>28/12/1991</b>	Idade <b>25</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(83) 987140957</b>
Mãe <b>MARIA HOZANA HERCULANO DAS CHAGAS</b>				Prontuário
Endereço <b>PROFESSOR SEVERO RODRIGUES, SN</b>		Bairro <b>POPULAR</b>	Município <b>SANTA RITA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA</b>		Nº Cons. Regional <b>6913/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>13/09/2017 22:38:19</b>		Data/Hora Prescrição <b>13/09/2017 23:30:52</b>		

**Anamnese**

REFERE QUEDA DE MOTO HA 3H QUEIXA SE DE DOR NO OMBRO DIR NEDA DESMAIO RX FRATURA DA CLAVÍCULA DIR COM DESVIO CD IMOBILIZAÇÃO EM OITO E RX CONTROLE

**CID10**

Código	Descrição
S42.0	Fratura da clavícula

**Conduta**

Em observação

ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA  
(6913/PB)

ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS



# Receituário Médico

AO 17.9/2017

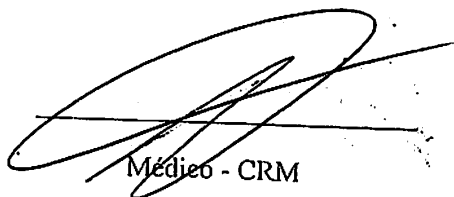
HEETSH

Paciente ANDRIELA HERCULANO  
DAS CILLOAS apresenta fratura  
da clavícula direita com  
desvio e risco no seguen-  
to ambulatorial.

Soluto internamento  
para realizar Osteossíntese.

C117.542.0

Data: 25/09/17

  
Médico - CRM

F(NG).CC.002-1



## PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

### OUTORGANTE:

Nome: Andréia Herculano das Chagas  
Insolência do Cor  
CPF/MF: 093444354-80 RG: 3525174 SSP/PB  
Endereço: Rua Nelson de Melo, 51, Marco Moura  
Santa Rita - PB 58300970

**OUTORGADOS: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA**, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e  
**ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO**, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968,  
todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre,  
Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 30(trinta por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

### GRATUIDADE JUDICIÁRIA:


Declara ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da **JUSTIÇA GRATUITA**.

João Pessoa – PB, 20 de junho de 2018.

Andréia Herculano das Chagas  
Outorgante



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder em Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0200282/18  
Vítima: ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS  
CPF: 093.444.354-80

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 13/09/2017  
Titular do CPF: ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS : 093.444.354-80  
Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

3180257213

### 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](http://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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/06/2018  
Nome: ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS  
CPF/CNPJ: 093.444.354-80

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/06/2018  
Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa  
CPF: 423.820.764-53

ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS

Sandra Maria Accioly Pedrosa



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.236

*Andriela Herculano das Chagas*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: **ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS**

Assinatura: **Antonio Gouveia das Chagas**

Assinatura: **Marta Hozana Herculano das Chagas**

Local: **João Pessoa - PB**

Data de Nascimento: **28-12-1991**

Nasc. Nº: **49651-118-068-11v-A-44**

Cart. de Santa Rita - PB

Assinatura: *M. H. Herculano*

Assinatura Competitiva

COEFICIENTE DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

**CPF**

**093.444.354-80**

ANDRIELA HERCULANO DAS CHAGAS

28/12/1991

RECEITA DE USO PESSOAL E INTRANSFERÍVEL

Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

MAR/2008

**CORREIOS**

www.correios.com.br

**SINCOR/PB**

**05 JUN. 2018**

**CONFERIDO COM O ORIGINAL**





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Numero do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima <b>093444354-80</b>	Nome completo da vítima <b>Andriela Herculano das Chagas</b>
---------------------------	--------------------------------------	---

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>Andriela Herculano das Chagas</b>	CPF titular da conta <b>093444354-80</b>	Profissão <b>la br</b>
Endereço <b>R. Epitácio Machado</b>	Número <b>02</b>	Complemento
Barrio <b>Municípios</b>	Cidade <b>Santa Rita</b>	Estado <b>PB</b>
E-mail	CEP <b>53009-70</b>	Telefone (DDD) <b>486816839</b>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	ATÉ R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) BRADESCO (237)    BANCO DO BRASIL (001)    ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)		CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NR1: <b>1914</b> D.V. <b>99126</b> D.V. <b>4</b> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome: _____ NR1: _____ AGÊNCIA NR1: _____ D.V. _____ CONTA NR1: _____ D.V. _____ (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Jos Proza 15 de abril de 2018  
Local e Data

Andriela Herculano das Chagas  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Adriela Herculano das Chagas,

RG nº 3525174 data de expedição 07/02/07 Órgão SSP (PB),

CPF nº 093444354-80, 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)	<u>R. Edigio Madunga</u>
Número	<u>02</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Municípios</u>
Cidade	<u>Santa Rita</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58300-000</u>
Telefone de Contato	<u>986816839</u>
E-mail	

**SINCOR/PB**  
**05 JUN. 2018**

Por ser verdade, firmo-me.

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Local e Data: 15/04/18

Assinatura do Declarante: Adriela Herculano das Chagas





# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal  
Documento não é segunda via de conta  
Número para Internet: 18090511130492100000015986449

Nº 004 322 770



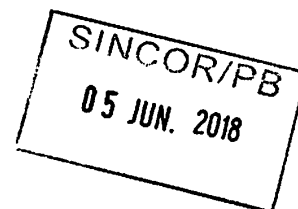
ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A  
Br 230 - Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 - 0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE			CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR	
FLAVIO HENRIQUE SANTOS DO NASCIMENTO RUA EGIDIO MADRUGA 02 SANTA RITA			5/1416895-9	
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAR/2018	28/03/2018	64	05/04/2018	R\$ 52,48



FLAVIO HENRIQUE SANTOS DO NASCIMENTO  
Roteiro: 17-009-379-7480  
93660000000-1 52480054000-6 14168952018-9 03300009019-2

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRICULA
05/04/2018	R\$ 52,48	1416895-2018- 03-3



CONFERIDO COM O ORIGINAL



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Andriela Herculano das Chagas CPF da Vítima: 093444354-80 Data do Acidente: 13-09-2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_ CPF do Representante legal: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_ Telefone (DDD): \_\_\_\_\_

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:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT, ou

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

**CONFERIDO COM O ORIGINAL**

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para o objetivo de prova de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da 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 seja, para o fim do § 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

**SINCOPAR**  
05 JUN 2018

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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Paulo Pinna 15 de set de 18  
Local e Data

Andriela Herculano das Chagas  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Flavio Henrique Santos do Nascimento,

RG nº \_\_\_\_\_, data de expedição \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,

Órgão SSP, portador do CPF nº 09460064400, com

domicílio na cidade de Santa Rita, no Estado de PB,

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) R. Espírito Mangueira, nº 02,

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Andréia Heráclito dos Reis cujo o condutor era \_\_\_\_\_.

Veículo: motociclão

Modelo: Honda CG 125

Ano: 2009

Placa: MNW4791

Chassi: 9C2JC41109

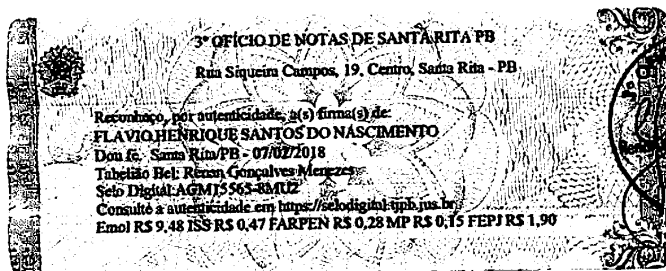
Data do Acidente: 13.09.2017 R000974

Local e Data: João Pessoa, 15.04.2017

3º OFÍCIO

Flavio Henrique Santos do Nascimento  
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB  
05 JUN. 2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012974048694  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM RPT. 20160000531598 EXERCÍCIO  
1 0012358800-6 00/00000000 2016

FLAVIO HENRIQUE S DO NASCIMENTO

09460064400

PLACA MNB4791/PB

PLACA ANT/UR NOVO PB 9C2JC41109R000974

PBS/MOTORCICLE/NBO-ABDTC

GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2009

2 P/124 7CI PARTIC PRETA

IPVA PAGO EM 26/12/2016

FAIXA IPVA \*\*\*\*\* 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) \*\*\*\*\* SEGURO PAGO DATA DE PAGAMENTO 05/01/2016

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

SANTA RITA-PB LOCAL

10399

DATA 14/01/2017

16331

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO  
AUTOMOTORES DE VIT. TERRESTRE E/OU POR SUA CARGA A PRESS. E  
IMPEDIMENTOS OU INEFICIENCIA DO PVAT

PB Nº 012974048694 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 2016 DATA EMISSÃO 14/01/2017

CPF / CNPJ 09460064400 PLACA MNB4791/PB

RENAVAM 00123588006 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB. 2009 CAT. TRZ 9 Nº CHASSI 9C2JC41109R000974

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) \*\*\*\*\* DENATRAM (R\$) \*\*\*\*\* CUSTO DO SEGURO (R\$) \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\* IOF (R\$) \*\*\*\*\* TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) \*\*\*\*\*

PRÊMIO SEGURO PAGO DATA DE QUITAÇÃO 05/01/2016

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.248.698/0201-04

16331-0933257-20170114

SINCOR/PB

05 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL



<b>Nº</b>	<b>do</b>	<b>Processo:</b>	<b>0849065-21.2018.8.15.2001</b>
<b>Classe</b>	<b>Processual:</b>	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>COMUM (7)</b>
<b>A s s u n t o s :</b>			<b>[ S E G U R O ]</b>
<b>AUTOR:</b>	<b>ANDRIELA</b>	<b>HERCULANO</b>	<b>DAS</b>
<b>RÉU:</b>	<b>BRADESCO SEGUROS S/A</b>		<b>CHAGAS</b>