



15/02/2021

Número: **0800069-78.2021.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **11/01/2021**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ANKO MARCIO ARANTES ANGELO LACERDA (AUTOR)	PAULO ROBERTO DA SILVA ROLIM (ADVOGADO)
MAPFRE (REU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
39476 802	15/02/2021 12:12	<u>2784964_CONTESTACAO_Anexo_02</u>



LUCILENE MARIA DA CONCEICAO SANTOS
RUA TEREZINHA MEDEIROS DE SOUSA, 142 - AGUA FRIA
JOAO PESSOA / PB CEP: 58000000 (AG: 5)

CPF/CNPJ/RANI: 674.155.394.00

Grupo: CONVENTIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe: RES MTC B1 / Subclasse: RESIDENCIAL
Ligacao: MONOFASICO
Roteiro: 11 - 5 - 424 - 3980 Nº Medidor: W5057312453

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)



5/786041-4

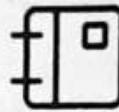
CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTÔNOMO UTILIZANDO O CÓDIGO: 000007860414

VALOR DA FATURA



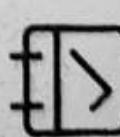
R\$ 429,34

VENCIMENTO



25/06/2020

REFERÊNCIA



Jun / 2020

12,18 kWh
MÉDIA DIÁRIA

CONSUMO
341kWh

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

FATURAS EM ATRASO

Mai/20 R\$271,96
Abr/20 R\$456,93





Sétimo Poder
Estado da Paraíba



Governo do Estado
PARAÍBA

Documento de Alta

Nome: ANKO MARCIO ARANTES ANGELO LACERDA	Número Prontuário: 123198
Data de Nascimento: 01/12/1979	Sexo: Masculino
	Data de Internação: 18/06/2020 20:48:52
Motivo da alta: ALTA MEDICA	
Condução: ALTA MEDICA PARA PACIENTE COM FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO, NO 2º DPO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO. PACIENTE BEM CLINICAMENTE.	
Resumo da Internação: PACIENTE COM HISTÓRIA DE MOTO APRESENTANDO FRATURA DE PLATO TIBIAL LATERAL (SCHATZKER I). SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO HÁ 2 DIAS E EVOLUI ESTAVEL SEM QUÉIXAS NO MOMENTO. PULSO PERIFÉRICO E MOVIMENTO DE MIE PRESENTE.	
Resultado de Exames: HB18/06; 18. RX DE CONTROLE REALIZADO.	
Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO REALIZADO POR EVERTON DAVID.	
Diagnóstico: S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tibia	
Recomendações: ORIENTAÇÕES GERAIS, ANALGESIA, ANTIBIOTICOPROFILAXIA, RETORNO NO CEREST, XARELTO.	

Data: 22/06/2020

Dr. Thaysa de Souza Costa
CRM: 12799 - PB





Atendimento: 202032849472

Data Nasc: 01/12/1979 - 40 anos

Paciente: ANKO MARCIO ARANTES ANGELO LACERDA

Data Exame: 18/06/2020

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Estudo dirigido ao trauma.

Fratura do platô lateral da tibia (tipo 4 de Salter-Harris) associado a comunicação com a articulação do joelho e hemartrose.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 19/06/2020 10:06 .



Dr. Phydias L. F. de Carvalho
CRM 6933 - PB

Digitalizado com CamScanner





Digitalizado com CamScanner

Digitalizado com CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

LACRE	DETAN - PB		Nº 014800162048	
	CERTIFICADO DE REGISTRO		LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
VIA	CÓD. RENAVAM	PLN.T.R.C.	EXERCÍCIO	
1	0112245759-3	00/00000000	2019	
004515566640	NOME			
GIRLEYDE ARAUJO DA SILVA				
004515566640	CPF / CNPJ	PLACA		
01634687450		QFV7685/PB		
004515566640	PLACA ANT / UF	CHASSI		
NOVO PB		9C2KD0810RR446417		
ESPECIE TIPO			COMBUSTÍVEL	
BAS / MOTOCICLE / NAO ELET			ALCO / GASOL	
MARCÁ / MODELO			ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA / NXR160 BROS ESDD			2017	2017
CAP / POT / CIL		CATEGORIA		COR PREDOMINANTE
2 / P / 162		PARTICIO		VERMELHA
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA		VENC / COTAS
I	000000/00/00000		1*	
P			2*	
V	FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS		3*
A	*****	0		*****
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****		SEGURO	PAGO	10/07/2019
OBSERVAÇÕES				
SEM RESERVA DE DOMÍNIO DE DOCUMENTO				
SEM RESERVA DE TRANSFERÊNCIA				
JOAO PESSOA - PB		LOCAL	JUR	DATA
19399			10/07/2019	199930392
Autenticação Digital do Estado da Paraíba				
Departamento de Trânsito do Estado da Paraíba				

Digitalizado com CamScanner

Digitalizado com CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

LACRE	DETAN - PB		Nº 014800162048	
	CERTIFICADO DE REGISTRO		LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
VIA	CÓD. RENAVAM	PLN.T.R.C.	EXERCÍCIO	
1	0112245759-3	00/00000000	2019	
00451566640	NOME			
GIRLEYDE ARAUJO DA SILVA				
00451566640	CPF / CNPJ	PLACA		
01634687450	QFV7685/PB			
00451566640	PLACA ANT / UF	CHASSI		
NOVO	PB	9C2KD0810RR446417		
ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL		
BAS / MOTOCICLE / NAO ELET		ALCO / GASOL		
MARCÁ / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA / NXR160 BROS ESDD		2017	2017	
CAP / POT / CIL		CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2 / P / 162		PARTICIO	VERMELHA	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS	
I	000000/00/0000		1*	
P			2*	
V	FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS		3*
A	*****	0		*****
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****		SEGURO	PAGO	10/07/2019
OBSERVAÇÕES				
SEM RESERVA DE DOMÍNIO DE DOCUMENTO				
SEM RESERVA DE TRANSFERÊNCIA				
JOÃO PESSOA - PB		LOCAL	DATA	
19399			10/07/2019	
Autenticação Digital do Estado da Paraíba				
Departamento de Trânsito do Estado da Paraíba				
Digitalizado com CamScanner				

Digitalizado com CamScanner

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/02/2021 12:12:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021512123470700000037623026>
 Número do documento: 21021512123470700000037623026

Num. 39476802 - Pág. 6

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

LACRE	DETAN - PB		Nº 014800162048	
	CERTIFICADO DE REGISTRO		LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
VIA	CÓD. RENAVAM	PLN.T.R.C.	EXERCÍCIO	
1	0112245759-3	00/00000000	2019	
00451566640	NOME			
GIRLEYDE ARAUJO DA SILVA				
CPF / CNPJ	PLACA			
01634687450	QFV7685/PB			
PLACA ANT / UF	CHASSI			
NOVO PB	9C2KD0810RR446417			
ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL		
BAS / MOTOCICLE / NAO ELET		ALCO / GASOL		
MARCÁ / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA / NXR160 BROS ESDD		2017	2017	
CAP / POT / CIL		CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2 / P / 162		PARTICIO	VERMELHA	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS	
I	000000/00/0000		1*	
P			2*	
V	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS		3*
A	*****	0		*****
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****		SEGURO	PAGO	10/07/2019
OBSERVAÇÕES				
SEM RESERVA DE DOMÍNIO DE DOCUMENTO				
SEM RESERVA DE TRANSFERÊNCIA				
JOÃO PESSOA - PB		LOCAL	DATA	
19399			10/07/2019	
Autenticação Digital do Estado da Paraíba				
Detran-PB - Departamento de Trânsito				

Digitalizado com CamScanner

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/02/2021 12:12:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021512123470700000037623026>
 Número do documento: 21021512123470700000037623026

Num. 39476802 - Pág. 7



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3000245853

Data da solicitação: 06/08/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Anoé Márcio Arantes Ángelo Icardo

CPF do beneficiário: 008.664.064-09

Nome do solicitante: O mesmo

CPF do solicitante: O mesmo

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (83) 99811-5088

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

*João Pessoa, PB 06-08-2020.
Local e Data
Anoé Márcio A. A. W. S.
Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)*

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3900305178

Nome do beneficiário: Anko Marcio Arantes Angulo Taarda

Nome do solicitante: O Momo

Data da solicitação: 17/09/2020
DD/MM/AA

CPF do beneficiário: 008.664.064-09

CPF do solicitante: O Momo

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (83) 99811-5088

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Vou solicitar uma reanálise desse meu processo ao qual fui atendido na minha ultima consulta em tratamento, onde eu não me encontro mais em tratamento, estou liberado para fazer minhas atividades.

Jacó Pecá, PB 17/10/2020
Local e Data
ANKO MIMO L.A. V. carri

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200334038 Cidade: João Pessoa Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ANKO MARCIO ARANTES ANGELO Data do acidente: 18/06/2020 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A
LACERDA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. PÁG 3,11,12

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/02/2021 12:12:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021512123470700000037623026>
Número do documento: 21021512123470700000037623026

Num. 39476802 - Pág. 10

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0192350/20

Vítima: ANKO MARCIO ARANTES ANGELO LACERDA

CPF: 008.664.064-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/06/2020

Titular do CPF: ANKO MARCIO ARANTES ANGELO LACERDA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANKO MARCIO ARANTES ANGELO LACERDA : 008.664.064-09

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/07/2020
Nome: ANKO MARCIO ARANTES ANGELO LACERDA
CPF: 008.664.064-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/07/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ANKO MARCIO ARANTES ANGELO LACERDA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/02/2021 12:12:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021512123470700000037623026>
Número do documento: 21021512123470700000037623026

Num. 39476802 - Pág. 11



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

Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200334038

Vítima: ANKO MARCIO ARANTES ANGELO LACERDA

Data do Acidente: 18/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANKO MARCIO ARANTES ANGELO LACERDA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16140432

Pag. 00141/00142 - carta_01 - INVALIDEZ



00020071





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

Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200334038 Vítima: ANKO MARCIO ARANTES ANGELO LACERDA

Data do Acidente: 18/06/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANKO MARCIO ARANTES ANGELO LACERDA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ANKO MARCIO ARANTES ANGELO LACERDA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000005579

Conta: 0000029856-2

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por **Invalidez Permanente** que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente

Seguradora Líder-DRVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	008.664.064-09	ANIL MÁRCIO ALVES ÂNGELO LACERDA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012.				
Nome completo: ANIL MÁRCIO ALVES ÂNGELO LACERDA	Profissão: ESTUDANTE	Endereço: AV. PRESIDENTE MERCOSUL DE SOUSA	CPF: 008.664.064-09	Número: 142 Complemento: CASA
Bairro: AGUA FRIA	Cidade: JOÃO PESSOA	Estado: PB	CEP: 58 078-485	Tel (DDP): (83) 9 9811-5082
E-mail:				

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

RENDIMENTO:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: ITAÚ
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: 6579 CONTA: 298562
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____	(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: J. Pessoa, 08/07/2020
Nome:	
CPF:	

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

ANIL MÁRCIO ALVES LACERDA
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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

FPS.001 V001/2018

Digitalizado com CamScanner

Digitalizado com CamScanner

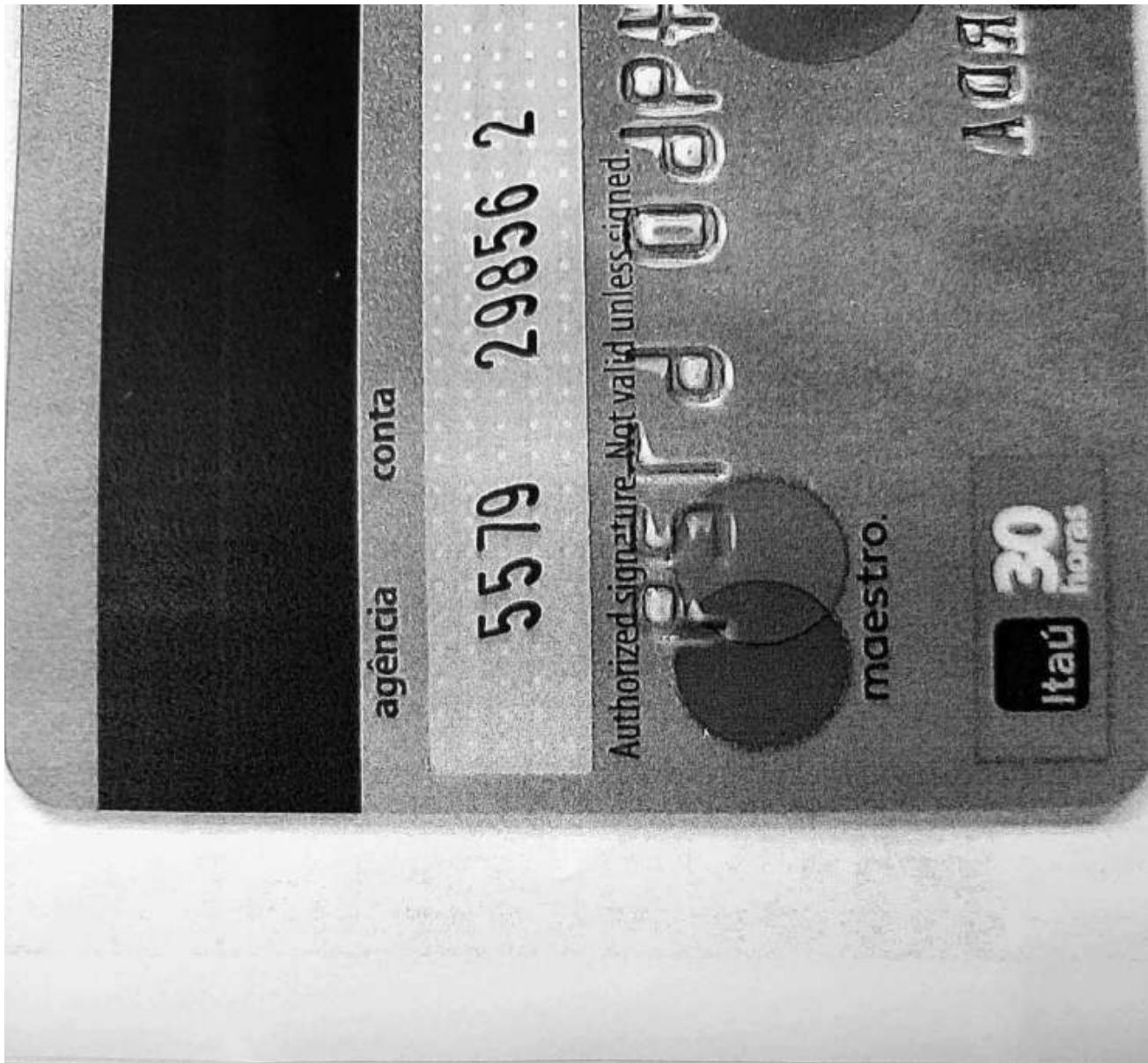


Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/02/2021 12:12:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021512123470700000037623026>
Número do documento: 21021512123470700000037623026

Num. 39476802 - Pág. 15



Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/02/2021 12:12:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021512123470700000037623026>
Número do documento: 21021512123470700000037623026

Num. 39476802 - Pág. 16



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 044520.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 044520.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Bettown Carvalho de Oliveira, matrícula 1560000 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 17:48 min do dia 09/07/2020, na Delegacia Online, **Anko Márcio Arantes Ângelo Lacerda**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão Autônomo, natural de Coremas, nascido(a) em 01/12/1979, idade 40, estado civil Solteiro (a), de cor Branca, filho(a) de Geralda Lacerda Arantes e Sebastião Arantes, CPF 008.664.064-09, residente e domiciliado (a) no(a) Rua Terezinha de Medeiros Dantas Souza, nº 142, complemento Casa, bairro Água Fria, na cidade de João Pessoa/PB. CEP: 58073485, telefone(s) (83) 9 98662-3208, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 18/06/2020 20:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: Av. Ruy Carneiro com à Paralela Rua Maria Rosa., Manaíra, João Pessoa/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

O NOTICIANTE, noticiou que sofreu um acidente de moto (MOTO X MOTO), no dia: 18/06/2020 por volta das 20:00 horas, o mesmo relata que estava CONDUZINDO a referida moto HONDA/NXR 160 BROS ESDD, ANO:MOD: 2017/2017, COR: VERMELHA, PLACA: QFV7685/PB, CHASSI: 9C2KD0810HR446417, DE PROPRIEDADE: GIRLEYDE ARAÚJO DA SILVA, CPF: 016.346.874-50. O noticiante relata que estava parado no sinal da Ruy Carneiro com a Maria Rosa, ou seja, sentindo CENTRO X PRAIA, quando ao abrir partiu e foi surpreendido por uma moto, não sabendo informar o nome e nem os dados moto causadora do acidente, ou seja, o terceiro causador atravessou o sinal vermelho e com isso não havendo a possibilidade de desviar e tendo a colisão, por isso perdeu o controle da moto e vindo a cair ao SOLO, pessoas do local correram para prestar socorro e ligaram para o CORPO DE BOMBEIROS, que ao chegarem no local fizeram os primeiros procedimentos e encaminharam imediatamente para o HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA na Capital, dando entrada no mesmo dia, por volta das 20:48:52 horas. Sendo recebido por médicos plantonistas da unidade e após avaliado foi DIAGNOSTICADO: FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA, CID - S82.1, sendo necessário ficar internado para fazer procedimentos cirúrgicos e vindo a receber alta médica no dia: 22/06/2020 às 06:58:11 horas, conforme documento de alta assinada por Dr. Heisenberg Almeida, CRM - 6229/PB.

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle: www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Sendo o que havia a constar, cientificado 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.

59B2BCED5B727B63D2C67F1B20C72056

Anko Márcio Arantes Ângelo Lacerda

Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Nº 044520.01.2020.0.00.704

2/2

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/02/2021 12:12:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021512123470700000037623026>
Número do documento: 21021512123470700000037623026

Num. 39476802 - Pág. 18



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 044520.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 044520.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Bettown Carvalho de Oliveira, matrícula 1560000 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 17:48 min do dia 09/07/2020, na Delegacia Online, **Anko Márcio Arantes Ângelo Lacerda**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão Autônomo, natural de Coremas, nascido(a) em 01/12/1979, idade 40, estado civil Solteiro (a), de cor Branca, filho(a) de Geralda Lacerda Arantes e Sebastião Arantes, CPF 008.664.064-09, residente e domiciliado (a) no(a) Rua Terezinha de Medeiros Dantas Souza, nº 142, complemento Casa, bairro Água Fria, na cidade de João Pessoa/PB. CEP: 58073485, telefone(s) (83) 9 98662-3208, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 18/06/2020 20:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: Av. Ruy Carneiro com à Paralela Rua Maria Rosa., Manaíra, João Pessoa/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

O NOTICIANTE, noticiou que sofreu um acidente de moto (MOTO X MOTO), no dia: 18/06/2020 por volta das 20:00 horas, o mesmo relata que estava CONDUZINDO a referida moto HONDA/NXR 160 BROS ESDD, ANO:MOD: 2017/2017, COR: VERMELHA, PLACA: QFV7685/PB, CHASSI: 9C2KD0810HR446417, DE PROPRIEDADE: GIRLEYDE ARAÚJO DA SILVA, CPF: 016.346.874-50. O noticiante relata que estava parado no sinal da Ruy Carneiro com a Maria Rosa, ou seja, sentindo CENTRO X PRAIA, quando ao abrir partiu e foi surpreendido por uma moto, não sabendo informar o nome e nem os dados moto causadora do acidente, ou seja, o terceiro causador atravessou o sinal vermelho e com isso não havendo a possibilidade de desviar e tendo a colisão, por isso perdeu o controle da moto e vindo a cair ao SOLO, pessoas do local correram para prestar socorro e ligaram para o CORPO DE BOMBEIROS, que ao chegarem no local fizeram os primeiros procedimentos e encaminharam imediatamente para o HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA na Capital, dando entrada no mesmo dia, por volta das 20:48:52 horas. Sendo recebido por médicos plantonistas da unidade e após avaliado foi DIAGNOSTICADO: FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA, CID - S82.1, sendo necessário ficar internado para fazer procedimentos cirúrgicos e vindo a receber alta médica no dia: 22/06/2020 às 06:58:11 horas, conforme documento de alta assinada por Dr. Heisenberg Almeida, CRM - 6229/PB.

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle: www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Sendo o que havia a constar, cientificado 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.

59B2BCED5B727B63D2C67F1B20C72056

Anko Márcio Arantes Ângelo Lacerda

Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Nº 044520.01.2020.0.00.704

2/2

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/02/2021 12:12:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021512123470700000037623026>
Número do documento: 21021512123470700000037623026

Num. 39476802 - Pág. 20



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 044520.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 044520.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Bettownen Carvalho de Oliveira, matrícula 1560000 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 17:48 min do dia 09/07/2020, na Delegacia Online, **Anko Márcio Arantes Ângelo Lacerda**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão Autônomo, natural de Coremas, nascido(a) em 01/12/1979, idade 40, estado civil Solteiro (a), de cor Branca, filho(a) de Geralda Lacerda Arantes e Sebastião Arantes, CPF 008.664.064-09, residente e domiciliado (a) no(a) Rua Terezinha de Medeiros Dantas Souza, nº 142, complemento Casa, bairro Água Fria, na cidade de João Pessoa/PB. CEP: 58073485, telefone(s) (83) 9 98662-3208, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 18/06/2020 20:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: Av. Ruy Carneiro com à Paralela Rua Maria Rosa., Manaíra, João Pessoa/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

O NOTICIANTE, noticiou que sofreu um acidente de moto (MOTO X MOTO), no dia: 18/06/2020 por volta das 20:00 horas, o mesmo relata que estava CONDUZINDO a referida moto HONDA/NXR 160 BROS ESDD, ANO:MOD: 2017/2017, COR: VERMELHA, PLACA: QFV7685/PB, CHASSI: 9C2KD0810HR446417, DE PROPRIEDADE: GIRLEYDE ARAÚJO DA SILVA, CPF: 016.346.874-50. O noticiante relata que estava parado no sinal da Ruy Carneiro com a Maria Rosa, ou seja, sentindo CENTRO X PRAIA, quando ao abrir partiu e foi surpreendido por uma moto, não sabendo informar o nome e nem os dados moto causadora do acidente, ou seja, o terceiro causador atravessou o sinal vermelho e com isso não havendo a possibilidade de desviar e tendo a colisão, por isso perdeu o controle da moto e vindo a cair ao SOLO, pessoas do local correram para prestar socorro e ligaram para o CORPO DE BOMBEIROS, que ao chegarem no local fizeram os primeiros procedimentos e encaminharam imediatamente para o HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA na Capital, dando entrada no mesmo dia, por volta das 20:48:52 horas. Sendo recebido por médicos plantonistas da unidade e após avaliado foi DIAGNOSTICADO: FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA, CID - S82.1, sendo necessário ficar internado para fazer procedimentos cirúrgicos e vindo a receber alta médica no dia: 22/06/2020 às 06:58:11 horas, conforme documento de alta assinada por Dr. Heisenberg Almeida, CRM - 6229/PB.

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle: www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Sendo o que havia a constar, cientificado 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.

Anko Márcio Arantes Ângelo Lacerda

59B2BCED5B727B63D2C67F1B20C72056

Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Nº 044520.01.2020.0.00.704

2/2

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/02/2021 12:12:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021512123470700000037623026>
Número do documento: 21021512123470700000037623026

Num. 39476802 - Pág. 22

Declaração a Líder DPVAT

Prezados informo que devido o período de pandemia, as delegacias do Estado da Paraíba não estão fazendo Boletim de Ocorrência de forma presencial. Para que não venham a prejudicar as vítimas de quaisquer que seja as ocorrências, foi criado o Bo emergencial conforme print que segue não se trata de Bo online. Tal documento tem a mesma veracidade de um BO feito em uma delegacia física.

The screenshot shows the homepage of the Delegacia Online PB website. At the top, there is a banner with the text "ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL Delegacia Online". Below the banner, there are three main sections:

- Perguntas**: A section with a speech bubble icon containing text about registering incidents online.
- Boletim de Ocorrência**: A section with a document icon containing a list of incident types:
 - Registro BO (Período Emergencial)
 - Acidente de Trânsito
 - Extravio ou Perda
 - furto Simples
 - Pessoas Desaparecidas
- Avisos**: A section with a warning sign icon containing text about false communication to the police.

Todas as ocorrências registradas passam por análise da delegacia física, e o BO é encaminhado para o e-mail do declarante com protocolo e senha para consultar a veracidade do mesmo. O Bo impresso vem com QR COD e numeração para consultar a veracidade.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	008.664.064-09	ANIL MÁRCIO ALVES ÂNGELO LACERDA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012.		
Nome completo: ANIL MÁRCIO ALVES ÂNGELO LACERDA	CPF: 008.664.064-09	
Profissão: OUTRORUMO	Endereço: AV PAZINHA MEXICOS DE SOUSA	Número: 142
Bairro: AGUA FRIA	Cidade: JOÃO PESSOA	Complemento: CASA
E-mail:	Estado: PB	CEP: 58.078-485
		Tel (DDI): (83) 9 9811-5082

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

RENDIMENTO:
 RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: ITAÚ
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: 6579 CONTA: 298562
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____	(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (val nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: J. Pessoa, 08/10/2020
	Nome: ANIL MÁRCIO ALVES LACERDA
	CPF: 008.664.064-09

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
ANIL MÁRCIO ALVES LACERDA

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

FPS.001 V001/2018

Digitalizado com CamScanner

ITAU - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANKO MARCIO ARANTES ANGELO LACERDA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 05579

CONTA: 000000029856-2

Autenticação:

334B747DFC8E9FEACB52D2CF405FD327B94CBA2FADBA1A73E01BFAA14F7B12C0



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/02/2021 12:12:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021512123470700000037623026>
Número do documento: 21021512123470700000037623026

Num. 39476802 - Pág. 25



LUCILENE MARIA DA CONCEICAO SANTOS
RUA TEREZINHA MEDEIROS DE SOUSA, 142 - AGUA FRIA
JOAO PESSOA / PB CEP: 58000000 (AG: 5)

CPF/CNPJ/RANI: 674.155.394.00

Grupo: CONVENTIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe: RES MTC B1 / Subclasse: RESIDENCIAL
Ligacao: MONOFASICO
Roteiro: 11 - 5 - 424 - 3980 Nº Medidor: W5057312453

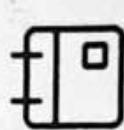
UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

5/786041-4

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTÔNOMO UTILIZANDO O CÓDIGO: 000007860414

VALOR DA FATURA

R\$ 429,34

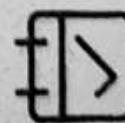


VENCIMENTO

25/06/2020

REFERÊNCIA

Jun / 2020



12,18 kWh
MÉDIA DIÁRIA

CONSUMO
341 kWh

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

FATURAS EM ATRASO

Mai/20 R\$271,96
Abr/20 R\$456,93

