

PEDIDO DO SEGURO DPVAT 		Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAAIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE	
Nº do sinistro no ASL: 0099955/39			
CPF da vítima: 602.722.954-34		Nome completo da vítima: Doutor Bruno da Mota	
Profissão: Advogado		Endereço: Rua Eunice Ribeiro de Abreu	
Bairro: Cristiano		Cidade: Campana Guandú	
E-mail: Inacio Pimenta da Costa@gmail.com		Declaração, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA). RENDIMENTO DA RENDA MENSAL:	
☐ SEM RENDA ☒ RECURSO INFORMAR		☐ 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	
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA			
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Caixa Econômica Federal (104)			
Nome do BANCO: _____ ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		Agência: 0041 Conta: 00505938 (Informar o dígito se existir)	
Agência: _____ Conta: _____ (Informar o dígito se existir)		Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido. DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 perdas para fins do Seguro DPVAT; ou ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perdas 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 médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.	
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE			
Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 companhia(a), informar o nome completo: _____	
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não Nascimento (ou nascido?): _____ Vítima deixou: ☐ Sim ☐ Não País/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não		Esteu cliente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer emissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.	
Local e Data: Campana - RJ 07/02/2019 Nome: _____ CPF: _____		Assinatura de quem assina a ROGÓ: Doutor Bruno da Mota Assinatura do Beneficiário (declarante): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____	





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES E
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163 - (83) 3310-9319



OCORRÊNCIA Nº 000023/19

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000023/19 registrada em 30/01/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos trinta dias do mês de janeiro do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES E VEICULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 15:27 horas, compareceu o Sr. JOSÉ ROMERO BEZERRA DE MEDEIROS, com 52 anos de idade, filho de ERCILIO LUCAS DE MEDEIROS e MARIA DAS NEVES BEZERRA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CAMPINA GRANDE - PB, Solteiro, escolaridade Medio Completo, profissão BARBEIRO, portador da Cédula de Identidade Nº 1.247.821 - 2ª VIA, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 60272295434, residindo à rua EUNICE RIBEIRO DE ARAÚJO, 185, bairro CENTENÁRIO, na cidade de Campina Grande - PB, celular 9-8730.4116.

Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 14h30min do dia 04.07.2017, estava transitando pela Rua Osvaldo Cruz, Bairro do Centenário, nesta cidade de Campina Grande/PB, conduzindo o ciclomotor I/TRAXX JL 50c 2, ano/modelo 2007/2007, de cor azul, chassi nº LAAAXKBB170007555, de placa QFZ-7309/PB, licenciada em seu nome (José Romero Bezerra de Medeiros), quando nas proximidades da EMBRAPA foi atingido por um veículo de marca, placas e outras características não identificadas, inclusive o condutor, sendo que em decorrência do impacto o comunicante foi jogado ao solo, sofrendo fratura na tíbia da perna esquerda, além de escoriações generalizadas pelo corpo, sendo socorrido pelo próprio condutor do veículo e encaminhados para o hospital Antonio Targino de Campina Grande/PB, onde foi submetido a cirurgia, conforme documentos apresentados nesta Delegacia, enquanto que o condutor do veículo ausentou-se do local após lhe deixar no hospital; Que, os Policiais Militares do BPTran não foram solicitados e portanto não compareceram ao local para realizar os devidos levantamentos técnicos; Que, no momento do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente, caso o mesmo seja identificado. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Quarta-feira, 30 de Janeiro de 2019

José Romero Bezerra de Medeiros
JOSÉ ROMERO BEZERRA DE MEDEIROS

Declarante

José Alberto do Nascimento
JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



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 ASI: **0049955/39** CPF da vítima: **602 722 954 34** Nome completo da vítima: **Dor Romero Bezerra de Medeiros**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: **Dor Romero Bezerra de Medeiros** CPF: **602 722 954 34**
Profissão: **arquiteto** Endereço: **Rua Eunice Ribeiro de Araújo** Número: **185** Complemento:
Bairro: **Centenário** Cidade: **Campina Grande** Estado: **PB** CEP: **58428150**
E-mail: **thorromero@ig.com.br** Tel.(DDD): **8333341289**

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

REDA MENSAL:

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **0041** CONTA: **00505978** AGÊNCIA: **0000** CONTA: **0000**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §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) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos:

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

Local e Data: **Campina Grande - PB 07/02/2019**
Nome: **Dor Romero Bezerra de Medeiros**
CPF: **602 722 954 34**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: **Thor Romero Bezerra de Medeiros**
CPF: **602 722 954 34**
Assinatura
2ª Nome: **Thor Romero Bezerra de Medeiros**
CPF: **602 722 954 34**
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.

Prontuário
33814



Atendimento
2245611



Reserva/Guia

0

Data: 04/07/2017 Hora: 14:49
Telefone: R.G. 1247821
Profissão: Código-GNS 18256588240006

Paciente
JOSE ROMERO BEZERRA DE MEDEIROS [CPF:]
Endereço
EUNICE RIBEIRO ARAUJO
Bairro
CENTENARIO
Nome da Mãe
MARIA DAS NEVES BEZERRA
Responsável
JOSE ROMERO BEZERRA DE MEDEIROS
Bairro
PEDREGAL

Sexo Est. Civil
M Casado
Dt Nasc.
23/11/1966
Num. Complemento
185
Cidade
CAMPINA GRANDE

Endereço
ASSEMBLEIA DE DEUS
Cidade
CAMPINA GRANDE

Médico Atendente
28304 JOSE ERIVALDO ARARUNA [CRM: 1386] [CPF: 6946461487]
Procedimento

Sector
0009 SECRETARIA SUS

Acomodação
POSTO - ENFERMARIA - LEITO

Data mín. para alta - 04/07/2017 Data máx. para alta - 04/07/2017

Resumo de Tratamento

Atendente - MARCELA CAVALCANTE NASCIMENTO

Acompanhante.....? [] Sim [X] Não Data admissão 04/07/2017
Internação anterior..? [] Sim [] Não Hora admissão
Alta... Curado..... [] Melhorado..... [X]
Piorado..... [] A pedido..... []
Transferido..... [] Falecimento..... []

Data alta 07/07/17
Hora alta 08:00

Diagnóstico:

Internação:

Definitivo:

Histórico:

0408050543

Clinica.: Médica..... []
Cirúrgica..... []
Obstétrica..... []
Cid 5827
V 299

PACIENTE ATENDIDO PELO SUS
NO HOSPITAL ANTONIO TARDINO
CUJAS DESPESAS FORAM
COBRADAS AO SUS

PROTESE PROTESE

Alta - 1
erm - 2
ransf - 3
bito - 4
Raio X:
[X] Simples
[] C/Contraste

Uti
Entrada ____/____/____
Saída ____/____/____

Caract. Trat. [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Dr. Erivaldo Araruna
ORTOPEDISTA - TEOT 1222
CRM-PB 1386
JESUS CRISTO É O SENHOR
Carimbo e Assinatura do Médico

Sangue..... Rh.....
AGÊNCIA TRANSFUSIONAL
COLETA: 04/07/17
HORA: 17:10
RESPONSÁVEL: Jucira

RX REALIZADO

RX DE CONTROLE

Enfermagem
COREN - 412345

REALIZADO EM 05/07/17
Jucira dos Santos Pereira
Téc. EM RADIOLOGIA
CARTN Nº 00614 T

**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Camê, 226 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-010 - CNPJ: 09.123.854/0001-67

PARA CONTATO COM O LIGANTE
DEixe o DISC 0800
MATRÍCULA

11468378

REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

31/7/2018

JOSILENE OLIVEIRA DE MORAIS
RUA EUNICE RIBEIRO DE ARAUJO, 185 - CENTENARIO
CAMPINA GRANDE PB 58428-150

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Banheiro	Cocina	W.C.	Outro	
018.011.160.0872.000	000	1	0	0	0	
Idrômetro	Data de instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
V15N524442	14/11/2015	INTERNO	LIGADO	LIGADO		
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) Nº DE DIAS PRÓXIMA LEITURA						
455	477	22	31	06/20/2018		
HIST. CONSUMO ANTER. LEIT. QUINTO, ÁGUA-ANEXO DO PORT. 05/2017 MS.						
AGO/2018	19	0	PARÂMETROS	EXTG.	ANÁLIS.	CONFORMES
JUL/2018	20	0	TURBIDEZ	178	200	197
JUN/2018	18	0	CLORO	178	200	197
MAL/2018	17	0	COL. TERMO	0	0	0
ABR/2018	21	0	COD	55	200	193
MAR/2018	17	0	COL. TOTAIS	175	200	200
HED16(0)	12	DADOS REFERENTES A JUL/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 04/09/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 10:13:31

CLASSIFICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL - 1 UNIDADE		
ATE 10 M3 - R\$ 1,74 POR UNIDADE	10 M3	17,40
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,40 POR M3	10 M3	44,00
21 M3 A 30 M3 - R\$ 8,45 POR M3	2 M3	16,90
ESGOTO		
RESIDENCIAL - 1 UNIDADE		
ATE 10 M3 - R\$ 10,31 POR UNIDADE	10 M3	103,10
11 M3 A 20 M3 - R\$ 5,31 POR M3	10 M3	53,10
21 M3 A 30 M3 - R\$ 5,31 POR M3	2 M3	10,62
ACRESCIMOS: INDEVID. ANT. 06/2018 07/2018		5,88



oi

TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.118/0012-21 - INSC. ESTADUAL: 16.094.797-5
AV. PRES. EPITACIO PESSOA, 650 - JARD. PESSOA - PB CEP: 58040-000
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79



INACIO BRUNO SARMENTO
TV DINAMERICA ALVES CORREIA, 1020 LJ 2
SANTA ROSA
58416-682 CAMPINA GRANDE-PB

Referência

NOVEMBRO /2018

Telefone

(83) 3334-1289

Vencimento

02/12/2018

Total a pagar

R\$ 13,76

Resumo da sua fatura

R\$ 30,75



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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das 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 de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

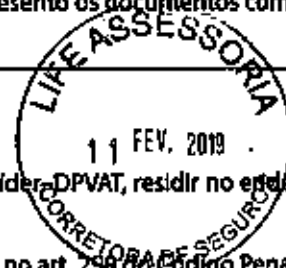
¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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 Francis Bruno Sammito inscrito (a) no CPF/CNPJ 036.781.814 / 06, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Sr. Romulo Bezerra de Medeiros inscrito (a) no CPF sob o nº 602.722.954 / 39, do sinistro de DPVAT cobertura Imunidade da vítima Sr. Romulo Bezerra de Medeiros, inscrito (a) no CPF sob o nº 602.722.954 / 39, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso Informar



Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Av. Dinomimese Alun Correia</u>		Número <u>1020</u>	Complemento <u>Lago 02</u>
Bairro <u>Dinomimese</u>	Cidade <u>Comércio Grande</u>	Estado <u>RO</u>	CEP <u>58400000</u>
Email <u>francisbrunoadv@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>8333341229</u>	Telefone celular(DDD) <u>83999835048</u>

C. Grande 08 de Fevereiro de 2019
Local e Data

Francis Bruno Sammito
Assinatura do Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA ORDEM SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CRIMINAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-234



José Romário Bezerra da Silva

RESERVA DE IDENTIDADE

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 1.247.821 - 2ª VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 02/12/2014

NOBRE JOSÉ ROMERO BEZERRA DE MEDEIROS

FILIAÇÃO ERCILIO LUCAS DE MEDEIROS MARIA DAS NEVES BEZERRA

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE-PB

DATA DE NASCIMENTO 23/11/1966

DOC. ORDEM CERT. NASC. Nº 183.988 - LV/A-195 - FLS. 02 - CARTÓRIO 1º CAMPINA GRANDE-PB

002.722.954-34

LEI Nº 7.116 DE 29.06.03



SELO DIGITAL: AF144766-TDJS
Consulte a autenticidade em <http://selodigital.tjpb.jus.br>



CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS

Rua Marques do Natal, 83 - Centro Fone: 3341-5035

CNPJ: 09.363.745/0001-79

Bel. Pedro Oliveira de Lucena

Certifico e dou fé que a presente cópia xerostática

é reprodução fiel do original que me foi exibido

Campina Grande **28 06 17**

Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12768720

USO OBRIGATORIO
IDENTIFICACAO CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(Art. 1º, § 1º, da Lei nº 8.966/94)

ASSINATURA DO POSTULANTE
Inacio Bruno Sacramento

RECEBAMOS

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO REGIONAL DA PARÁLIA
IDENTIDADE DE ADOGADO

INACIO BRUNO SACRAMENTO
FRANCISCO BRUNO E SILVA
MARIA AUXILIADORA SACRAMENTO
OAB/PA
21472

21/06/2017
21/06/2017
21/06/2017



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PB Nº 012710567646
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
VIA - COD. RENAVAM - 20160190077761
0107275509-0 00/00000000 2016

NOME
JOSE ROMERO BEZERRA DE MEDEIROS

CPF / CNPJ
60272295434

PLACA
QF27309/PB

PLACA ANT. / UR
NOVO PB LAAAXKBB170007555

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
PAS/CICLOMOTO/NAO APPLIC GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
1/TRAXX JL500 2 200 200

CAP. POT. / CL. CATEGORIA COR. PREDOMINANTE
2 P/49 /CI PARTIC AZUL

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. / COTAS
IPVA ISENTO 00/00/0000 1º
FADIA IPVA PARCELAMENTO / COTAS 2º
A ***** 0 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 20/07/2016

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO

CAMPINA GRANDE - PB

DATA

21/07/2016

32875

7005924

TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012710567646 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

11 FEV. 2016

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2016 21/07/2016

CPF / CNPJ PLACA
60272295434 QF27309/PB

RENAVAM MARCA / MODELO
0107275509 1/TRAXX JL500 2

ANO FAB. CAL. DRE. Nº CHASSI
2007 8 LAAAXKBB170007555

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A PAGAR (R\$)
***** SEGURO P A G O

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 20/07/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.408/0001-01

www.seguradoralider.com.br

7005924-1051351-20160721

CONTRATO



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Sr. Romão Bezerra de Medeiros
 DATA DO ACIDENTE 04/02/2017 CPF DA VÍTIMA 60272295434
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Sr. Romão Bezerra de Medeiros
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É Sr. Romão Bezerra de Medeiros
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Eunice Ribeiro de Araújo
 Nº 185 COMPLEMENTO BAIRRO Centenário
 CIDADE Campina Grande UF PB CEP 58428150
 E-MAIL TELEFONE (83) 33341289

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ 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)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ 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 EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (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 BANCÁRIO

ASSESSORIA
11 FEV. 2019

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

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 DECORRÊNCIA 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 BANCÁRIO

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 VÍTIMA 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

DATA 07/02/2019IDENTIDADE 1247821ASSINATURA Romão B. Medeiros

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA NOME ASSINATURA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: José Romero Bezerra de Almeida brasileiro(a),
estado civil solteiro, profissão vigilante, inscrito
no CPF de nº 602.172.219-54, e no RG de nº 19.247.821, residente
e Domiciliado a Rua: Eunice Ribeiro de Araújo, nº 185
Bairro Centenário, na Cidade de Campina Grande
Estado Paraíba, CEP 58428-150.

OUTORGADO: INACIO BRUNO SARMENTO, brasileiro, casado, Advogado, inscrito no CPF de Nº. 036.781.814-06, RG de nº 2131933, SSP/PB e OAB/PB de nº 21.472, escritório localizado na Av. Dinamerica Alves Correia, 1020, loja 02, Dinamerica, Campina Grande/PB.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro DPVAT cobertura por: Invalidiz, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) José Romero Bezerra de Almeida, ocorrido em 04.07.2018, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Campina Grande/PB, em 19 de dezembro de 2018



José Romero Bezerra de Almeida
Outorgante
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

