

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **CLODOALDO DE ALMEIDA LIMA**

Nº Sinistro: **3180475367**

Vitima: **CLODOALDO DE ALMEIDA LIMA**

Data do Acidente: **28/09/2012**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **THIAGO DE ATAIDE BRANDAO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180475367**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13470162



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").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 473.403.474-53	Nome completo da vítima Celsoaldo de Almeida Lima
---------------------------	---------------------------------	--

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

Nome completo Celsoaldo de Almeida Lima	CPF titular da conta 473.403.474-53	Profissão
Endereço Rua Chico Mendes	Número 54	Complemento
Bairro Mário Pinheiro	Cidade Bayeux	Estado PB
Email Previdenciario@lacustadabauyax.org.br	CEP 58300-000	Telefone (DDD) (83) 3247-6957

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**

<input checked="" type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 2.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos) BANCO Nome _____ NRO _____ AGÊNCIA NRO _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA NRO _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	CONTA NRO _____ 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.

*João Pessoa, 18 de setembro de 2018.*  
Local e Data

X *Celsoaldo de Almeida Lima*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

Sorteios de segunda-feira a sábado. Após

197-888863855-0

16/07/2018

HORA DE 09:23:17

DT. 13.004631-0

TERM 831623

LOCALIDADE: BAYEUX

AG. VINCULADA: 1911

CONTROLE: 197101450

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FACIL

NOME: CLODOALDO DE ALMEIDA LIMA

AGENCIA: 1911

OPERAÇÃO: 013

CONTA-DV: 000.000.057.979-0

DATA DA ABERTURA: 16/07/2018

LOTÉRIAS CAIXA

197-888863855-0

A VIA

COMPROVANTE DE ABERTURA  
03 OUT. 2018  
PROTOCOLADO  
12. JOAO PESSOA



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
Sistema de Informações Operacionais  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 1176730  
Comunicação: C1333247  
\* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 1515501 - FRANCISCO DE ASSIS CORREIA JUNIOR Data/Hora do Acidente (hora local): 28/09/2012 17:45 BR: 230 KM: 30.9  
Município/UF: SÁVIA/PB Tipo de Acidente: Colisão com bicicleta Sentido da Via: Decrescente  
Fase do dia: Plena noite Condições da Pista: Seca Restrições de Visibilidade: Inexistente  
Sinalização existente: Vertical, Horizontal Sinalização luminosa: Inexistente Condição meteorológica: Céu Claro  
Houve danos ao patrimônio da União? Não  
Houve solicitação de perícia? Não Data e horário da solicitação:  
A perícia compareceu ao local do sinistro? Não Data e horário do

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE

CONDIÇÃO DA RODOVIA

Uso do Solo: Urbano Tipo de Localidade: Comercial  
Existe acostamento? Sim Estado de Conservação: Regular Há desnível? Não É pavimentado? Sim Largura (m): 0  
Possui defesa? Não existe Possui meio-fio? Conservado Possui sarjeta? Conservada  
Existe canteiro central? Sim Estado de Conservação: Regular Largura (m): 0 Tipo de inclinação: Plano  
Obstáculo ao Cruzamento: Meio-Fio Estado de Conservação do Obstáculo: Regular  
Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Regular Ocupação: Comércio  
Cerca: Não existe Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Regular Tipo: Dupla Qtd. de Faixas:  
Tipo de Pavimento: Asfalto Perfil: Traçado: Reta Curva Vertical: Não Existe Superelevação: Não  
Superlargura: Não Largura da Pista (m): 0 Estreitamento: Não Existe

TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
09 OUT. 2013  
PROTOCOLO  
MG. JOÃO PESSOA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 04/02/2013 15:59:10  
NÚMERO DE CONTROLE: cad5d2b79b2a62eb





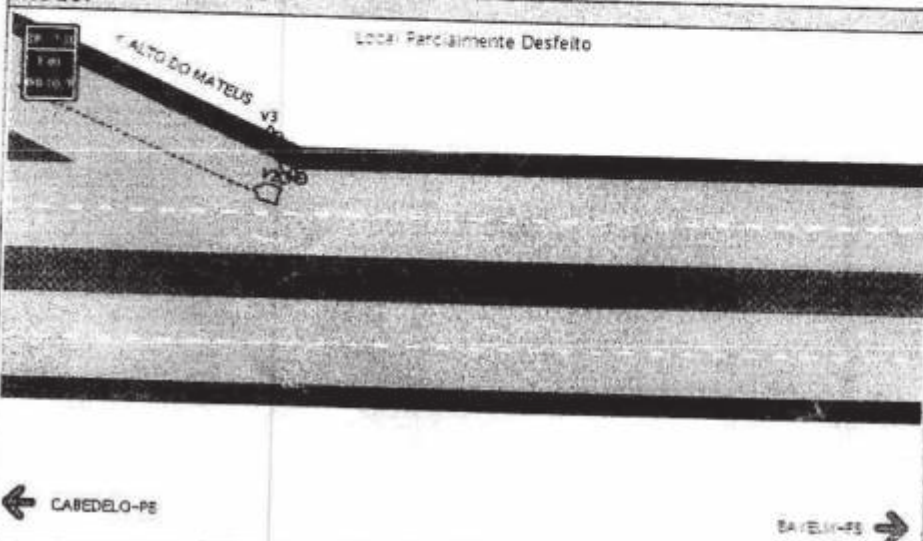
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
Sistema de Informações Operacionais  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 1176730

Comunicação: C1333247

\* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CROQUI



LEGENDA:

- Automóvel
- Veículo Trator
- Pedestre
- Ponto B
- Ponto P
- Ponto C
- Ônibus
- Animal
- Capotagem
- Caminhão
- Tombamento
- Incêndio
- Local da colisão
- Marcha à ré
- Placa de Trânsito
- Trem
- Conjugado
- Objeto Fixo
- Ponto A'
- Ponto A
- Antes da Colisão
- Marca de Frenagem
- Veículo Ausente
- Reboque/Semi-reboque
- Triângulo de Amarração
- Veículo de 2 ou 3 rodas
- Marcha à frente
- Patinação ou Derrapagem
- Depois da Colisão

Latitude do Ponto C: \_\_\_\_\_ Longitude do Ponto C: \_\_\_\_\_  
Referência do Ponto A/A': \_\_\_\_\_ Referência do Ponto B: \_\_\_\_\_  
Distância AB (m): \_\_\_\_\_ Distância AC (m): \_\_\_\_\_ Distância BC (m): \_\_\_\_\_

VEÍCULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)

Narrativa da Ocorrência:

Conforme averiguações realizadas no local do acidente, em João Pessoa no km 30,9 da BR 230 verificou-se através dos vestígios, corroborado pela declaração do condutor do V1, que o V1, HONDA/CG 125 FAN KS, placa NQE 5176/PB, entrava no retorno, do sentido decrescente, da BR 230 para o Bairro do Alto do Mateus, quando o V2, veículo não identificado, que também adentrava no retorno, fechou o V1, que colidiu com o V3, bicicleta, conforme croqui.

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: NQE-5176 Sequencial: V1 Descrição: HONDA/CG 125 FAN KS Chassi: 9C2JC4110BR315261 Renavam: 272287610  
Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS Cor: VERMELHA Ano: 2010 Tipo: Motocicletas Emplacamento: JOAO PESSOA/PB  
Ocupantes: 1 Espécie: Passageiro Categoria: Particular  
Proprietário: JOSE LUIZ LEITE DA SILVA CPF/CNPJ: 038.634.164-81  
Endereço: RUA RODRIGUES DE AQUINO 267 CEP: 56.013-030  
Município/UF: \_\_\_\_\_ Telefones: \_\_\_\_\_

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: \_\_\_\_\_ Placa U2: \_\_\_\_\_ Placa U3: \_\_\_\_\_ Placa U4: \_\_\_\_\_  
Origem: BRASIL Destino: BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Virava à direita Saída de Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não  
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo Incêndio? Não  
Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom

Descrição do Recolhimento:

PAÇOS DA CARGA

Carregamento: \_\_\_\_\_ Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: \_\_\_\_\_ Moeda: Real-R\$  
Valor Total da Carga: \_\_\_\_\_ R\$0,00 Produto Perigoso: \_\_\_\_\_

Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Posto PRF Data/Hora da Recepção (hora local): 28/09/2012 18:30 Motivo: Retenção  
Responsável pela Recepção: PRF M. ANDRADE  
Documento do Responsável: 0  
Município/UF: BAYEUX/PB Descrição do Encaminhamento: \_\_\_\_\_

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 04/02/2013 15:59:10  
NÚMERO DE CONTROLE: cad5d2b79b2a62eb





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
Sistema de Informações Operacionais  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 1176730

Comunicação: C1333247

\* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

FALTA DE CONDUTOR HABILITADO.  
REBOQUE SAO JOSE. PLACA NQK7988.  
CONDUTOR: GLEDSON ROBERIO PEREIRA SOARES. CPF: 074.225.084-

**VEÍCULOS ENVOLVIDOS**

Placa: Sequencial: V2 Descrição: Não Identificado Chassi: Renavam:  
Marca/Modelo: Cor: Ano: Tipo: Automóvel Emplacamento:  
Ocupantes: 1 Espécie: Categoria:  
Proprietário: CPF/CNPJ:  
Endereço: CEP:  
Município/UF: Telefones:

**COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA**

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:  
Origem: BRASIL Destino: BRASIL

**CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO**

Manobra do Veículo no Acidente: Saída de Pista? Derrapagem? Capotagem? Tombamento?  
Colisão com Objeto Fixo: Colisão com Objeto Móvel: Incêndio?  
Marcas de Frenagem (m): Estado dos Pneus:  
Descrição do Recolhimento:

**PAÇOS DA CARGA**

Carregamento: Houve Derramamento de Carga? Extensão dos Danos: Moeda:  
Valor Total da Carga: R\$ Produto Perigoso:  
Descrição da Carga:

**ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO**

Tipo de Receptor: Data/Hora da Recepção (hora local): Motivo:  
Responsável pela Recepção: Documento do Responsável:  
Município/UF: Descrição do Encaminhamento:

**VEÍCULOS ENVOLVIDOS**

Placa: Sequencial: V3 Descrição: Bicicleta Chassi: Renavam:  
Marca/Modelo: Cor: Ano: Tipo: Bicicleta Emplacamento:  
Ocupantes: 1 Espécie: Categoria:  
Proprietário: CPF/CNPJ:  
Endereço: CEP:  
Município/UF: Telefones:

**COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA**

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:  
Origem: BRASIL Destino: BRASIL

**CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO**

Manobra do Veículo no Acidente: Parado no acostamento Saída de Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Não  
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Outro veículo Incêndio? Não  
Marcas de Frenagem (m): 0.0 Estado dos Pneus: Bom  
Descrição do Recolhimento:

**PAÇOS DA CARGA**

Carregamento: Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Moeda: Real-R\$  
Valor Total da Carga: R\$0.00 Produto Perigoso:  
Descrição da Carga:

**ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO**

Tipo de Receptor: Posto PRF Data/Hora da Recepção (hora local): 28/09/2012 19:00 Motivo: Remoção  
Responsável pela Recepção: PRF M. ANDRADE  
Documento do Responsável: 0  
Município/UF: BAYEUX/PB Descrição do Encaminhamento:

REBOQUE SAO JOSE. PLACA NQK7988.  
CONDUTOR: GLEDSON ROBERIO PEREIRA SOARES. CPF: 074.225.084-93

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 04/02/2013 15:59:10  
NÚMERO DE CONTROLE: cad5d2b79b2a62eb





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**Departamento de Polícia Rodoviária Federal**  
**Sistema de Informações Operacionais**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**

**OCORRÊNCIA:** 1176730  
**Comunicação:** C1333247  
**\* STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

**CONDUTOR ENVOLVIDO**

**Veículo:** V1/NQE-5176 HONDA/CG 125 FAN KS  
**Nome/Apelido:** JOSE LUIZ LEITE DA SILVA  
**Data de Nascimento:** 28/08/1980 **Sexo:** Masculino **Estado Civil:** Não Informado  
**Nome do Pai:** LUIZ LEITE DA SILVA  
**Nome da Mãe:** GENELICE MARIA DA SILVA  
**Endereço:** RUA DA PROSPERIDADE, 407. **CEP:** 58.083-220  
**Município/UF:** JOAO PESSOA/PB **Telefones:** 83-8630-7720 **Grau de Instrução:** Não Informado  
**Naturalidade:** **Nacionalidade:** BRASIL **Ocupação Principal:**  
**CPF:** 039.634.154-81 **Documento de Identificação:** **Orgão Expedidor:**  
**Origem:** **Destino:**  
**Estado Físico:** Lesões Leves **Socorrido pela PRF?** Não **Usava Cinto?** Não Aplicável **Usava Capacete?** Ignorado  
**Existe Declaração em Anexo?** Sim **Havia Vestígio de Ingestão de Alcool?** Ignorado  
**Transcrição da Declaração:**

Eu, Jose Luiz, vinha na via oeste, conduzindo a minha moto quando fui fechado, eu o mesmo perdendo o controle da moto caindo na pista. O mesmo carro que me fechou não me deixou socorro, indo assim por meu trabalho.

**Condutor é Habilitado?** Sim **Categoria CNH:** AB **Registro CNH:** 04614500210/PB **Primeira Habilitação:** 13/04/2009  
**Validade CNH:** 21/07/2013 **País CNH:** **Dormia?** Não **Km Percorridos:** **Horas Dirigindo:** Ignorado  
**Pertences:**  
**Informações Complementares:** ETILOMETRO NAO REALIZADO EM VIRTUDE DO CONDUTOR TER SIDO SOCORRIDO PELOS BOMBEIROS PARA O HOSPOITAL DE TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA.

**ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR**

**Tipo de Receptor:** Hospital **Responsável pela Recepção:** HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA  
**Documento do Responsável:** 0 **Data/Hora da Recepção (hora local):** 28/08/2012 18:30  
**Município/UF:** JOAO PESSOA/PB **Motivo:** Socorro  
**Descrição do:** SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS

**CONDUTOR ENVOLVIDO**

**Veículo:** V2/ Não Identificado  
**Nome/Apelido:**  
**Data de Nascimento:** **Sexo:** Ignorado **Estado Civil:**  
**Nome do Pai:**  
**Nome da Mãe:**  
**Endereço:** **CEP:**  
**Município/UF:** **Telefones:** **Grau de Instrução:**  
**Naturalidade:** **Nacionalidade:** **Ocupação Principal:**  
**CPF:** **Documento de Identificação:** **Orgão Expedidor:**  
**Origem:** **Destino:**  
**Estado Físico:** **Socorrido pela PRF?** Não **Usava Cinto?** Ignorado **Usava Capacete?** Não Aplicável  
**Existe Declaração em Anexo?** Não **Havia Vestígio de Ingestão de Alcool?** Ignorado  
**Transcrição da Declaração:**

**Condutor é Habilitado?** Ignorado **Categoria CNH:** **Registro CNH:** **Primeira Habilitação:**  
**Validade CNH:** **País CNH:** **Dormia?** Não **Km Percorridos:** **Horas Dirigindo:** Ignorado  
**Pertences:**  
**Informações Complementares:**

**ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR**

**Tipo de Receptor:** **Responsável pela Recepção:**  
**Documento do Responsável:** **Data/Hora da Recepção (hora local):**  
**Município/UF:** **Motivo:**  
**Descrição do:**

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

**DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO:** 04/02/2013 15:59:10  
**NÚMERO DE CONTROLE:** cad5d2b79b2a62eb



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**Departamento de Polícia Rodoviária Federal**  
**Sistema de Informações Operacionais**  
**BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO**

**OCORRÊNCIA:** 1176730  
**Comunicação:** C1333247  
**\* STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

**CONDUTOR ENVOLVIDO**

Veículo: V3/ Bicicleta  
Nome/Apelido: CLODOALDO DE ALMEIDA LIMA  
Data de Nascimento: 10/03/1964 Sexo: Masculino Estado Civil: Não Informado  
Nome do Pai:  
Nome da Mãe: LUISA DE ALMEIDA LIMA  
Endereço: RUA SERING. CHICO MENDES, 54, MARIO ANDREAZA. CEP: 58.309-700  
Município/UF: BAYEUX/PB Telefones: Grau de Instrução: Não Informado  
Naturalidade: JOAO PESSOA/PB Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal:  
CPF: 473.403.474-53 Documento de Identificação: Orgão Expedidor:  
Origem: Destino:  
Estado Físico: Lesões Graves Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Aplicável Usava Capacete? Não Aplicável  
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Ignorado  
Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Ignorado Categoria CNH: Registro CNH: Primeira Habilitação:  
Validade CNH: País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Ignorado  
Pertences:  
Informações Complementares:

**ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR**

Tipo de Receptor: Hospital Responsável pela Recepção: HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA  
Documento do Responsável: 0 Data/Hora da Recepção (hora local): 28/09/2012 18:30  
Município/UF: JOAO PESSOA/PB Motivo: Socorro  
Descrição do: HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 04/02/2013 15:59:10  
NÚMERO DE CONTROLE: cad5d2b79b2a62eb





**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
Departamento de Polícia Rodoviária Federal  
Sistema de Informações Operacionais  
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 1176730  
Comunicação: C1333247  
\* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

**RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLHADOS**

Veículo: V1 / HONDA/CG 125 FAN KS

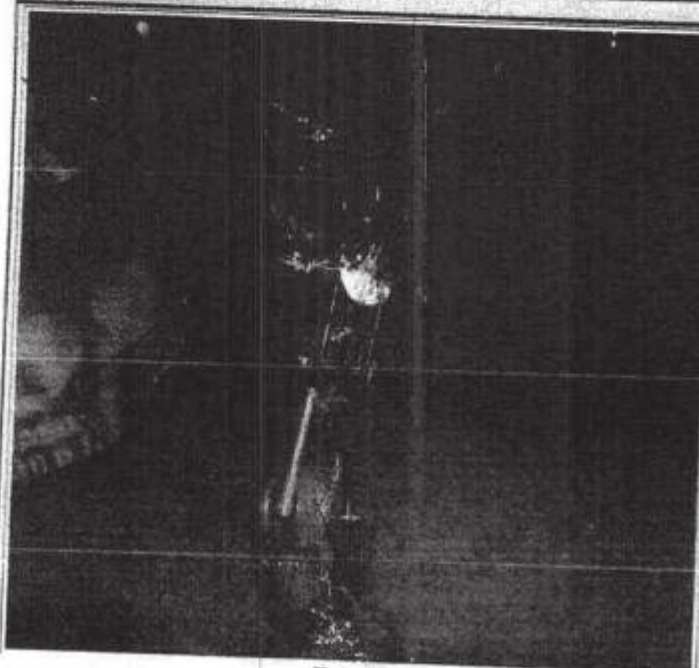
Placa: NQE-5176

Nome do Agente/Assinatura: FRANCISCO DE ASSIS CORREIA JUNIOR

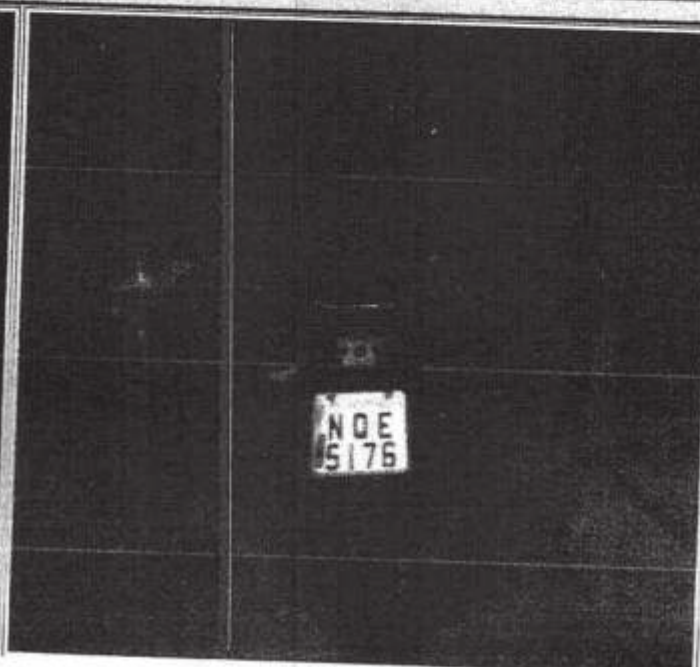
Nº BOAT: 1176730

Registro/Matrícula do Agente: 1515501

Data: 28/09/2012 17:45



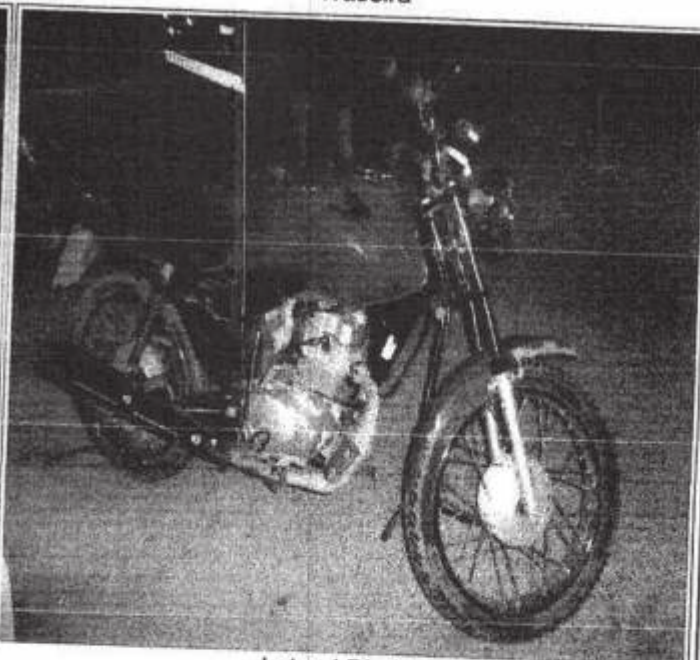
Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

JUSTIFICATIVA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 04/02/2013 15:59:10

NÚMERO DE CONTROLE: cad5d2b79b2a62eb

# DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Roldoaldo de Almeida Lima, portador da carteira de identidade nº 874.632-2 e inscrito no CPF/MF sob o nº 473.403.424-53 residente e domiciliado na Rua Chico Mendes, nº 54 - Mano Anchieta Cidade Bayeux Estado Paraíba, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

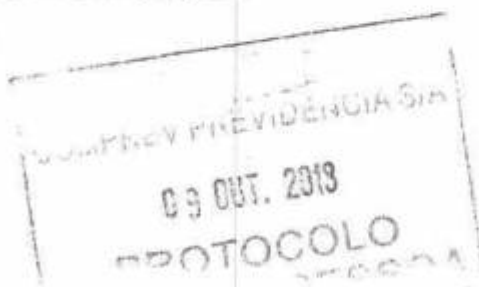
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

X Roldoaldo de Almeida Lima

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

João Pessoa, 18 setembro 2018.

Local e data







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	CLODOALDO DE ALMEIDA LIMA
DATA DE NASCIMENTO	10/03/64
NOME DA MÃE	LUIZA DE ALMEIDA LIMA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	661.452
DATA DO ATENDIMENTO	28/09/12
HORA DO ATENDIMENTO	18:30
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ATROPELAMENTO
DIAGNÓSTICO (S)	Traumatismo de face.
CID 10	S00.9+S01.8

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente por atropelamento de moto, apresenta ferimentos de face. Presença de ferimento de face.

### EXAMES SOLICITADOS

RX de coluna cervical P.  
RX de torax AP.  
RX de bacia AP.  
Ultrassonografia de abdomen total.

### RESULTADOS DOS EXAMES:

USG normal.  
Aspectos radiológicos normais.

### TRATAMENTO:

Primeiro atendimento. Sutura de ferimento de face.

ALTA HOSPITALAR:	13/10/12
DATA DA EMISSÃO:	17/01/13

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



VERA LUCIA DA CONCEICAO  
RUA CHICO MENDES, 54 / CASA - MARCO ANDREAZZA  
BAYEUX / PB CEP: 58300000 (AO: 1)

Emissão: 23/02/2018 Referência: Fev / 2018

Classe/Suporte: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOFÁSICO B-220, Km25 - Creta Residencial João Pessoa / PB - CEP 56071-480  
Roteiro: 15 - B-520-220 Nº medidor: 00001279992

**Energisa**

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ: 09.095.183/0001-40 - Ins. Est. 16.015.923-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº022-626.965  
Cód. para DAta Autenticação: 00904201801

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPI/ENEP/ RANI
Fev / 2018	23/02/2018	26/03/2018	67388929472

UC (Unidade Consumidora): 5/420680-1

Cartão de contato

- Em caso de não efetuação de leitura por impedimento do acesso à sua unidade, resultando no faturamento pela média, eventual diferença será compensada na próxima faturamento. Reafirmamos a necessidade de desimpidir o acesso ao local da medição. Persistindo o impedimento o fornecimento poderá ser suspenso após três dias de apresentação desta fatura (Art. 171 Res. 414 ANEEL).  
- Termo Social de Energia ENEPCB - TSEE foi criado pela Lei nº 433, de 26 de abril de 2002.  
- Levou choque no chuveiro? Hora de chamar um electricista de confiança. Não arrisque a fazer sozinho. Dê um banho de segurança.  
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, Zika e Chikungunya. Ministério da Saúde, Governo Federal.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
24/01/18	14253	23/02/18	14420	

Demonstrativo									
CGI	Descrição	Quantidade	Tarifa c/	Valor Base Calc.	Alim. ICMS (R\$)	Base Calc. Fc (R\$)	Cob. ICMS (R\$)	Cob. Fc (R\$)	Cob. Fc (R\$)
Tributos Totais (R\$) ICMS (R\$) ICMS Pto/Consumo (R\$) (1,200%) (5,1954%)									
0601	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,254240	7,62	7,62	27	2,05	7,62	0,28
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000	0,435830	30,50	30,50	27	6,23	30,50	0,34
0601	Consumo - 101 a 220kWh-BR	87,000	0,533730	43,80	43,80	27	11,83	43,80	0,50
0610	Subsídio			41,95	41,95	27	11,33	41,95	0,47
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIBUIÇÃO LUM.PUBLICA			6,58	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0804	JURCS DE MORA 10/2017			3,93	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 10/2017			2,58	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2017			1,74	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0806	Devolução Subsídio			-27,87	0,00	0	0,00	0,00	0,00

C.C. Código de Classificação do Item TOTAL 110,28 123,87 33,44 123,87 1,36 6,44

Média últimos meses (kWh) 187 **VENCIMENTO 02/03/2018** **TOTAL A PAGAR R\$ 110,26**

Histórico de Consumo (kWh)

155 | 173 | 170 | 224 | 204 | 174 | 187 | 177 | 204 | 187 | 94 | 82  
Fev/17 Mar/17 Abr/17 Mai/17 Jun/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18

RESERVADO AO FISCO  
ee96.9c83.28bd.e5d6.7c80.0663.9af7.a6c5.

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
Límites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
DIMENSIONAL	5,31	0,00	NOMINAL	Serviços de Dist. da Energia	20,51	15,8%
DIC TRIMESTRAL	10,82			Compra de Energia	24,72	22,4%
DIC ANUAL	21,25			Serviço de Transmissão	2,91	2,6%
DIC MENSAL	3,42	0,00	CONTRATADA	Energias Sotopas	2,76	2,5%
DIC TRIMESTRAL	8,85		LÍMITE INFERIOR	Impostos, Oculares e Encargos	52,87	50,4%
DIC ANUAL	13,70		LÍMITE SUPERIOR	Outros Serviços	0,00	0,00%
DIC	3,03					
DICR	12,22			Total	110,26	100,00

Valor em USD (Ref. 12/2017): R\$ 10,92

**ATENÇÃO**  
- REAVISAR: Caso a(s) fatura(s) acima contida(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 10/03/2018. Conforme Resolução 414/ANEEL. O pagamento após esse data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsidere essa mensagem.  
- ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento de fatura vencida e não paga.  
- Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento.  
- Sua unidade foi faturada como Barra Renda, tendo um desconto de R\$ 27,87.  
- Imóvel fechado sem acesso ao medidor faturado pela média.

**Faturas em atraso**

Jan/18 40,22  
Dez/17 42,43  
Nov/17 118,55

PARAIBA **VENCIMENTO 02/03/2018** **TOTAL A PAGAR R\$ 110,26**  
Matrícula: 420680-2018-02-7

83670000001-8 10260054000-3 04206802018-1 02700008019-5







# CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Almeida, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,  
DISSIMULE ESTE NÚMERO

MATRICULA

71609

REFERENCIA

JUL/2018

CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESGOTO E SERVICOS

MARIA LUCINEIDE DE L. SANTANA  
AV AFONSO CAMPOS, 40 - CENTRO JOAO PESSOA PB  
58013- 380

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
001.003.175.0170.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y10X387011	26/03/2011	EXT LACR LIGADO	LIGADO	LIGADO		
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
1988	2020	32	29	02/08/2018		
HIST. CONS./ANOR.	LEIT.	QUALID.	AGUA-ANEXO 20	PORT. 05/2017	MS.	
JUN/2018	35	13	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
MAI/2018	23	13	TURBIDEZ	268	275	275
ABR/2018	11	0	COLOR	268	277	277
MAR/2018	7	0	COL.TERHOT	0	0	0
FEV/2018	9	0	COR	73	88	88
JAN/2018	19	7	COL.TOTAIS	268	277	277
MEDIA(M)	17		DADOS REFERENTES A:	MAI/2018		

DATA DA IMPRESSÃO: 03/07/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 08:51:50

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - R\$ 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	10 M3	48,90
21 M3 A 30 M3 - R\$ 6,45 POR M3	10 M3	64,50
ACIMA DE 30 M3 - R\$ 8,76 POR M3	2 M3	17,52
ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - R\$ 30,33 POR UNIDADE	10 M3	30,33
11 M3 A 20 M3 - R\$ 3,91 POR M3	10 M3	39,10
21 M3 A 30 M3 - R\$ 5,81 POR M3	10 M3	58,10
ACIMA DE 30 M3 - R\$ 8,76 POR M3	2 M3	17,52

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 29,03 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

16/07/2018

Total a Pagar:

R\$ 313,88

COMPREV PREVIDENCIA S/A

12m 23 JUL 2018

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
09 OUT. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

### 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 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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Thiago de Araujo Brandão Inscrito (a) no CPF/CNPJ 072.139474 / 02 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Osvaldo de Almeida Lima Inscrito (a) no CPF sob o Nº 473.403.474 / 53 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Osvaldo de Almeida Lima, Inscrito (a) no CPF sob o Nº 473.403.474 / 53, 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. Afonso Campos</u>		Número <u>40</u>	Complemento 
Bairro <u>centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58013-380</u>
Email <u>procurador@leavda.segura.br</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(83)3247-6957</u>	Telefone celular (DDD) <u>98650-5733</u>

João Pessoa/PB 17 de setembro de 2018  
Local e Data

Thiago de Araujo Brandão  
Assinatura do Declarante





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	CLODOALDO DE ALMEIDA LIMA
DATA DE NASCIMENTO	10/03/64
NOME DA MÃE	LUIZA DE ALMEIDA LIMA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	661.452
DATA DO ATENDIMENTO	28/09/12
HORA DO ATENDIMENTO	18:30
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ATROPELAMENTO
DIAGNÓSTICO (S)	Traumatismo de face.
CID 10	S00.9+S01.8

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente por atropelamento de moto, apresenta ferimentos de face. Presença de ferimento de face.

### EXAMES SOLICITADOS

RX de coluna cervical P.  
RX de torax AP.  
RX de bacia AP.  
Ultrassonografia de abdomen total.

### RESULTADOS DOS EXAMES:

USG normal.  
Aspectos radiológicos normais.

### TRATAMENTO:

Primeiro atendimento. Sutura de ferimento de face.

ALTA HOSPITALAR:	13/10/12
DATA DA EMISSÃO:	17/01/13

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



GOV. PREVIDÊNCIA SIA  
03 OUT. 2013  
PROTOCOLO  
S. JOÃO PESSOA



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 874.632-2 Via DATA DE 27.07.2004  
 CEPAL EXPEDIÇÃO

NOME CLODOALDO DE ALMEIDA LIMA

FILIAÇÃO José Alves de Lima  
 Luisa de Almeida Lima

João Pessoa PB 10.03.1964  
 NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

DOC ORIGEM Cert. Nasc. 14.357-Liv. A23-Fls.  
 208 Cart. Reg. Civil Bayeux PB  
 473.403.474-53

João Pessoa - PB  
 Maria do Socorro V. Cavalcante  
 ARQUIVADA NA DO DIRETORIA  
 DIRETORIA - PB  
 LEI N° 7.116 DE 29/08/93

COMPREV PREVIDÊNCIA SIM

03 OUT. 2013

PROTOCOLO

AC. JOÃO PESSOA

TEM SE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 10181870

1800 OBRIGATORIO PARA TODOS OS PAÍSES (Art. 13 da Lei 11.830/04)



**Thiago de Ataíde Brandão**

ABRIL 2012

ABRIL 2012

**ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL**

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

16805

THIAGO DE ATAÍDE BRANDÃO

TOLSTOI DA SILVA BRANDÃO  
MARIA SALETE DE ATAÍDE BRANDÃO

JOÃO PESSOA-PB

2040598 - SSP/PB

NÃO

DATA DE NASCIMENTO: 10/00/1967

072.132.414-02

14/03/2012

COOR. SEC. DE REG. E CONT. DOB. (S) DOB. (S) DOB. (S)

03 OUT. 2018

PROTOCOLADO

AC. J. P. P. P.





LACERDA SANTANA  
ADVOCACIA

**PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"**

**OUTORGANTE:**

Clodoaldo de Almeida Lima, brasileiro, solteiro,  
inscrito no CPF nº 173.403.474-53, e RG nº 874.632-2º viç -  
SSP/PB, residente e domiciliado na Rua Chico  
Neudes, nº 54, bairro Mario Andreazza, Cidade de Bayeux/PB  
CEP. 58300-000 -

**OUTORGADA:** **MARIA LUCINEIDE DE LACERDA SANTANA**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB 11.662-B, **LUIZ SANTANA DE LIMA**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 14.301-B, **LARISSA MARIA LACERDA SANTANA**, brasileira, solteira, inscrita na OAB-PB sob o nº 23.625 **RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB-PB sob o nº 14.903, **EDNA DE LOURDES LEITE BRASILINO**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 16.105, **THIAGO DE ATAIDE BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 16.685, com endereço profissional na Av. Dom. Pedro II, nº 705, Centro, João Pessoa/PB, telefone (83) 3241.6957.

**PODERES:** Os da Cláusula "AD JUDITIA ET EXTRA" perante qualquer juízo, instância ou Tribunal, até decisão final, usando todos os meios e recursos legais em representação do (a) outorgante, também, em qualquer órgão, empresas privadas ou públicas, sociedades de economia mista, etc., conferindo-lhes ainda poderes especiais para: confessar, desistir, transigir, firmar acordos, receber importâncias e valores, emitir e endossar cheques, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, receber citação, intimação, notificação, etc., renunciar direitos, fazer cessão de direitos e arrolamentos, fazendo declarações, assinando termos, fazer habilitação de crédito em inventário, contraditar testemunhas, argüir suspeições criminais, revogar procurações, atuar como defensor ou assistente em ações trabalhistas, previdenciárias, comerciais, tributárias, cíveis, propor queixa crime (ação penal privada), impetrar Mandado de Segurança, apelar, atuar como defensor em notificação de infração ou imposição de penalidade de trânsito, substabelecer, com ou sem reservas de poderes, sem prejuízo imediato de honorários a que se fizer jus (nos moldes dos parágrafos 1º, 2º, 3º e 4º do Art. 85 do Novo Código de Processo Civil Pátrio), enfim, praticar todos os atos art. 105 do Novo Código de Processo Civil e art. 5º, §2, da Lei 8.906, de 04/07/94 (Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil).

João Pessoa / PB, 17 de setembro de 2018

+ Clodoaldo Almeida Lima

**OUTORGANTE**

Clodoaldo Almeida Lima

PROT. AG. 1000  
03 OUT. 2018

Angela Marques C. Caetano  
TITULAR  
Rodrigo C. Caetano Marques  
SUBSTITUTO

CARTÓRIO ANGELA CAETANO  
2º Ofício Notarial

Av. Liberdade, 435, Bayeux - PB, CEP: 58013-420, Tel: (83) 3237-2209

CLODOALDO DE ALMEIDA LIMA  
Fa test. da verdade. Bayeux-PB 11/07/2018 15:22:03  
Joseaneide Gonçalves da Costa Santos - Escrevente  
C-019-0022471/2018-001-40-48-FAV-01484-0-20-001-1504-1-00-1504-0-47-  
SELO DIGITAL: 44021578-FAV1  
Confira a autenticidade em <https://www.tcnacional.org.br>

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0370543/18

**Vítima:** CLODOALDO DE ALMEIDA LIMA

**CPF:** 473.403.474-53

**Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

**Data do acidente:** 28/09/2012

**Titular do CPF:** CLODOALDO DE ALMEIDA LIMA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### THIAGO DE ATAIDE BRANDAO : 072.139.414-02

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### CLODOALDO DE ALMEIDA LIMA : 473.403.474-53

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](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: 09/10/2018  
Nome: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO  
CPF: 072.139.414-02

\_\_\_\_\_  
THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/10/2018  
Nome: RENATO LUNA DIAS  
CPF: 705.216.494-98

\_\_\_\_\_  
RENATO LUNA DIAS