

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 28 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190400485**

**Vítima: LUCAS DE FARIAS MOTA**

**Data do Acidente: 15/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MATHEUS VITOR DE LIMA PAIVA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), LUCAS DE FARIAS MOTA**

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, contatos 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



SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor  
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA**



### **CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 05899.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 05899.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 11:16 horas do dia 29 de maio de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Lucas de Farias Mota**, CPF nº 113.148.024-45, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Estudante, filho(a) de Ligia Alves de Farias Mota e Alexandre Guilherme Almeida Mota, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 20/08/1997 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Comerciante José Miranda de Araújo, Nº 171, complemento AP. 204, bairro Bessa, tendo como ponto de referência Próximo Ao Bessa Shopping., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99928-7548.

#### **Dados do(s) Fatos:**

Local: Pb 008, Próximo a Acadepol., João Pessoa/PB, bairro Costa do Sol; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/03/19 08:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

#### **E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, segundo o declarante no dia 15/03/2019 por volta das 08:00 horas quando transitava, pela PB 008; com o veículo tipo HONDA/XRE 300 ano e modelo: 2017/2017, de cor preta de placa: QFR2033/PB CHASSI: 9C2ND1110HR100457 pertencente ao Sr. Alexandre Guilherme Almeida Mota; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando perdeu o controle da referida moto; QUE devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido por terceiros ao HOSPITAL ALBERTO URQUISA WANDERLEY onde foi inicialmente diagnosticado FERIMENTOS ENVOLVENDO MÚLTIPAS REGIÕES DO(S) MEMBRO(S) INFERIOR(ES) CID10 T013, Que no dia 05/05/2019 o declarante retornou ao referido hospital onde foi submetido à tratamento cirúrgico de fratura de clavícula esquerda realizada pelo médico MILTON DA SILVA LINHARES CRM-PB: 004714.

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

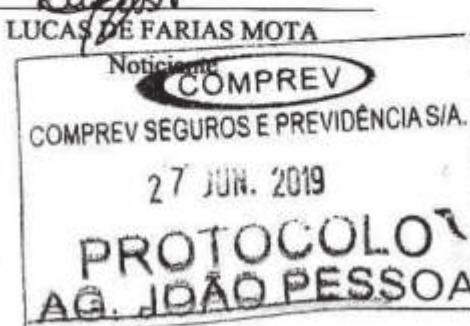
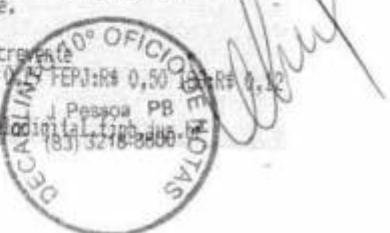
João Pessoa/PB, 29 de maio de 2019.

**CRISTIANO CRUZ CORDULA**  
Agente de Investigação

**Decarlinto**  
Soluções para o seu negócio  
Custo com a gente

Rua Fernandes Luiz Monteiro s/n Santa Rita - Jardim Olaria  
João Pessoa - PB - CEP: 50020-000 - Fone: (83) 328-4602  
www.decarlito.com.br | E-mail:  
fale@decarlito.com.br

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade,  
João Pessoa-PB 07/06/2019 09:37:49  
FRANCISCO IURY DE OLIVEIRA MAIA - Escrevete  
[2019-036105] END:R\$ 2,40 FARPEM:R\$ 0,49 FEPJ:R\$ 0,50 ITR:R\$ 0,12  
SELO DIGITAL: A1063303-61Y  
Confira a autenticidade em <https://secdigital.fazenda.mt.gov.br>  
(83) 3278-3800



Procedimento Policial: 05899.01.2019.1.00.401

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
113.148.024-45 LUCAS DE FARIA MOTA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:	LUCAS DE FARIA MOTA			6 - CPF:	113.148.024-45
7 - Profissão:	RECUSO	8 - Endereço:	RUA COMERCIANTE JOSÉ M. DE ARAÚJO		
11 - Bairro:	JARDIM OCEANIA	12 - Cidade:	João Pessoa	13 - Estado:	PB
15 - E-mail:	LUCASMOTA97@Hotmail.com			14 - CEP:	58037-428
				16 - Tel.(DDD):	(83) 99928-7548

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237)  Itaú (341)

Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0011 CONTA: 31000

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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.

## 22 - 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

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vainascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> 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.

COMPREV

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Paciente...: 213503 - LUCAS DE FARIAS MOTA Dt. Nasc: 20/08/1997 Idade.: (21a 8m 12d)  
Atendimento: 1975885 Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

1ª VIA

Unid. Int.: Leito.: Internação.: 02/05/2019 - Hr. Int.: 09:07 Dias Int.: 0 | Nome da Mãe ...: LIGIA ALVES  
DE FARIAS MOTA Convênio...: UNIMED JOAO PESSOA  
Médico.: MILTON DA SILVA LINHARES - CRM 004714  
FUNÇÃO: MEDICO (A) COOPERADO | Prescrição.: 3629058 | Data.: 02/05/2019 | Hr.: 10:27  
Diagnóstico.: | Cid.: S420 FRATURA DA CLAVICULA  
| Sup. Corporea.: | Peso.: | Altura.: |



### Classificação de Risco:POUCO URGENTE

PROCEDIMENTOS MEDICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
15. CONTROLE DE SSVV					6/6hr	[02/05], 11, 17, 23 [03/05], 05



CONFERE COM ORIGINAL  
Hosp.Alberto Urquiza Wendtley

Paciente: 213503 - LUCAS DE FARIAS MOTA

Idade: 21

Data de Nascimento:

Prestador Assistente: MARIA DO SOCORRO CAMPOS BARROS OLIVEIRA

Conselho / Número Cons.: CRM - PB - 003380

Função: MEDICO (A) COOPERADO

### EVOLUÇÃO MÉDICA - PA

Atendimento 1947830

Leito:

Admissão: 15/03/2019 09:17

Convênio: UNIMED JOAO PESSOA

Plano: PLANO COM REDUTOR

#### EVOLUÇÃO: 3504022 (FECHADO)

Responsável: MARIA DO SOCORRO CAMPOS BARROS  
OLIVEIRA - CRM 003380 / CIRURGIA GERAL

Data de Referência:

15/03/2019

Data/Hora do Documento:

15/03/2019 09:52

PACTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO APRESENTANDO DEFORMIDADE DE OMBRO E, COM EDEMA NA CLAVICULA E.

Este registro foi assinado digitalmente (e-Sign) com a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001, Revisão da CFM 162/2007, Revisão CPO 91Q089, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registros Eletrônicos em Saúde (GRES) da Sociedade Brasileira de Informáticos em Saúde (SBIS) sob N° 243.

MARIA DO SOCORRO CAMPOS DE BARROS OLIVEIRA/2036178468. AC VALID RFB: 23738178468, 15/03/2019 09:57 BRT 15032019

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE RE, ATÉ OBR ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (BRT).

CONFERE COM ORIGINAL

Hosp. Alberto Urquiza Wanderley



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCAS DE FARIA MOTA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00011-6

CONTA: 000010031000-1

---

Nr. da Autenticação A7D071E5763B5281

**ALEXANDRE GUILHERME ALMEIDA MOTA**  
RUA COMERCIO JOSE M FANDA ARAUJO, 171 / AP 204 - ED OCEANA  
JOAO PESSOA / PB CEP 58037-428 (22-27)



Ligação MONOFASICO  
Cis/Sbc RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Roteiro 4-B-522-9040 Referência Mai / 2019  
Medidor 00001118779 Emissão 08/05/2019

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

**Conta referente a** **Apresentação** **Data prevista da próxima leitura** **CPF/ CNPJ/ RANI**

Mai / 2019 08/05/2019 06/06/2019 504.498.184-20  
mais Faz

**UC (Unidade Consumidora):** 5/1297086-9

Unte-se ao MOVIMENTO VACINA NA BRASIL. Saiba mais em [saude.gov.br/vacinas](#)

Entre-se ao MOVIMENTO VIVA NA BRASIL. Saiba mais em  
saude.vivana.org.br

Entre-se ao MOVIMENTO VIVA NA BRASIL. Saiba mais em  
saude.vivana.org.br

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias
Data	Leitura	Data	Leitura					
2014/12	75832	2015/12	76176			144		30
<b>Demonstrativo</b>								
0001	Consumo em kWh		144.000	76176	121.88	121.88	17	01.91
0001	Adc B Amarela				0.57	7.57	27	0.15
								0.57
								0.00
								0.00
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>								
0001	CNTP/SERVIÇO PÚBLICO		4.92	0.00	0	0.00	0.00	0.00

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

27 JUN. 2019

**PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA**

CCJ Código de Classificação do item TOTAL 127,35 122,45 33,08 122,45 1,15 5,47  
Táxi e similares 0,571770 **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**

Tarifa(s) Términos 0571770 Media últimos meses (kwh)

**TOTAL A PAGAR**

201 11/06/2019 HF-127,36  
H184886 CONSOLIDATION (kwh)

Digitized by srujanika@gmail.com

**RESERVADO AO FISCO**

3288 8a69 e1fb-86a9-5abc-b93d-2f8a-9722

## **Composição do Consumo**

#### **Indicadores de Qualidade**

Límites da ANEEL Apurado (V) 37/2013

Discriminação	Valor (R\$)	%
ELDER, 24 ESEGUE	32,85	21,65



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

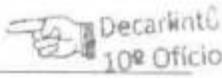
Eu, ALEXANDRE GUILHERME ALMEIDA MOTA,  
RG nº 1.079.919 SSP-PB, data de expedição 08/09/2005  
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 504.498.184-20,  
com domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de  
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUN COMERCIANTE JOSÉ MIRANDA DE ARRUDA, nº 171,  
complemento APTO 204, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
MOTO HONDA XRE 300, cujo o condutor era  
LUCAS DE FARIA MOTA.

Veículo: MOTO Modelo: MOTO HONDA XRE 300 Ano: 2017

Placa: QFR 2033 Chassi: 9C2ND1110HR100457

Data do Acidente: 15/03/19

Local e Data: João Pessoa, 10/06/2019

Alexandre Guilherme Almeida Mota   
Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor

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

Reconheço, por semelhança, a(s) Firma(s) de:

ALEXANDRE GUILHERME ALMEIDA MOTA

Em testemunha verdade, João Pessoa-PB 14/06/2019 09:29:13

FRANCISCO JURY DE OLIVEIRA RAIÁ - Escrivente

[2019-045347]EMOL:R\$ 89,91 FARPEM:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98 ISS:R\$

SELO DIGITAL: A1504243-CORPO

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tich.jud.br>

  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

27 JUN. 2019

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, ALEXANDRE GUILHERME ALMEIDA MOTA,  
 RG nº 1.079.919 SSP-PB, data de expedição 08/09/2005  
 Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 504.498.184-20,  
 com domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de  
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA COMERCIANTE JOSÉ MIRANDA DE ARAÚJO, nº 171,  
 complemento APTO 204, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
MOTO HONDA XRE 300, cujo o condutor era  
LUCAS DE FARIA MOTA.

Veículo: MOTO Modelo: MOTO HONDA XRE 300 Ano: 2017

Placa: QFR 2033 Chassi: 9C2ND1110HR100457

Data do Acidente: 15/03/19

Local e Data:

João Pessoa, 10/06/2019

Assinatura do Declarante

Alexandre Guilherme Almeida Mota

Assinatura do Condutor

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

Lucas de Farias Mota

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

PROTOCOLO

AQ. JOÃO PESSOA

DECARLINTO

DE CARLINTO

**ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL**  
CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME  
MATHEUS VITOR DE LIMA PAIVA

MEMBRO:  
24362

PILIAÇÃO  
CLAUDIA KELY PEREIRA DE LIMA PAIVA  
ARMANDO DE ARAUJO PAIVA FILHO

NATURALIZAÇÃO  
JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO  
13/11/1993  
CPF

RG  
3.687.881 - 8805/PB  
ENDERECO RESIDENCIAL  
NÃO DECLARADO

091.015.204-74  
RUA  
CEP  
01 27/07/2017

PAULO ANTONIO MAIA E BEVA  
PRESIDENTE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

LACRE 00458400040

DETAN - PB		CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
VIA	COD. RENAVAM	PRT	R.N.T.C.
1	0113972304-6	20190000128955	EXERCÍCIO
		00/00000000	2019
NOME ALEXANDRE GUILHERME ALMEIDA MOTA			
CPF / CNPJ 50449818420		PLACA QFR2033/PB	
PLACA ANT / UF NOVO PB		CHASSI 9C2ND1110HR100457	
ESPECIE TIPO BAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL	
MARCA / MODELO HONDA/XRE 300		ANO FAB 2017	ANO MOD 2017
CAP / POT / CIL 2 P/291 /CI		CATEGORIA PARTIC	COR PREDOMINANTE PRETA
I P V A *****	COTA UNICA 0	VENC COTA UNICA 00/00/0000	VENC / COTAS 1° 2° 3°
FAIXA I PVA *****		PARCELAMENTO / COTAS 0	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) *****		IOF (R\$) *****	PRÉMIO TOTAL (R\$) SEGURO PAGO 29/03/2019
DATA DE PAGAMENTO 01/04/2019			
OBSERVAÇÕES A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA			
LOCAL JOAO PESSOA-PB		DATA 01/04/2019	
9999999		32221	

CONTRAN



*Aracel*  
ADMISSEO DE VIDA ON LINE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU  
TRANSPORTADAS OU NAO

PB Nº 014798229926

ESTE É O SEU BILHETE  
PARA MAIS INFORMAÇÕES  
AS CONDIÇÕES GERAIS

[www.segurador.com.br](http://www.segurador.com.br)

SAC DPVAT 0800 777 27 JUN. 2019

COMPRE SEU SEGURO E PREVEJA

PROTÓCOLO

VIA	1	50449818420	CPF / CNPJ
RENAVAM	01139723046	HONDA/XRE	
ANO FAB.	2017	CAT. TABLE	9
9C2ND1110HR100457		PRÉMIO T	

FNS (R\$) *****	DENATRAN *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****	IOF (R\$) *****
SEGURADOR CNPJ 082221-10504	
PAGAMENTO	
\$ COTA ÚNICA	*****

SEGURADOR

CNPJ 082221-10504

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3190400485 Cidade: João Pessoa Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: LUCAS DE FARIAS MOTA Data do acidente: 15/03/2019 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/08/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO) ALTA MÉDICA. P.05/16/141/170/171

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE OMBRO 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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3190400485 Cidade: João Pessoa Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: LUCAS DE FARIAS MOTA Data do acidente: 15/03/2019 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/08/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO) ALTA MÉDICA. P.05/16/141/170/171

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento  
faltante:

Apontamento do Laudo  
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:  
APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE OMBRO 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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PROCURAÇÃO

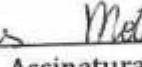
**OUTORGANTE:** LUCAS DE FARIAS MOTA  
**NACIONALIDADE:** BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO  
**PROFISSAO:** ESTUDANTE **Nº DO RG:** 3596767  
**ÓRGÃO EMISSOR:** SSP - PB **DATA DE EMISSÃO:** 23/10/2007  
**Nº CPF:** 113.148.024-45 **ENDEREÇO:** RUA COMERCIANTE  
José Miranda de Araújo

**OUTORGADO:** MATHEUS VITOR DE LIMA PAIVA  
**NACIONALIDADE:** BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO  
**PROFISSAO:** ADVOGADO **Nº DO RG:** 25.352  
**ÓRGÃO EMISSOR:** OAB / PB **DATA DE EMISSÃO:** 27/07/2017  
**Nº CPF:** 091.015.205-79 **ENDEREÇO:** COMERCIANTE EDIF.  
SON PAIVA DE ARAÚJO - 652 - JARDIM CID. UNIVERSITÁRIA.

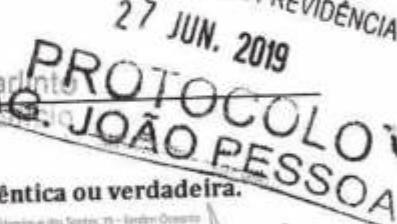
### **PODERES:**

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário LUCAS DE FARIAS MOTA, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

João Pessoa - PB , 07 de Junho de 2019.

Lucas de Farias Mota   
Assinatura

**PROTOCOLO** 

**JOÃO PESSOA** 

**COMPREV**   
27 JUN. 2019  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

**OBS:** Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

**Decarlinto**  
Rua Fernandes Luiz Henrique 100 Torre 25 - Centro - João Pessoa  
CEP: 50010-030 - Fone: (83) 3238-8880  
e-mail: [decarlito@bol.br](mailto:decarlito@bol.br) | [www.decarlito.com.br](http://www.decarlito.com.br)  
Tribunal Regional Federal da 5ª Região  
Tribunal de Contas do Estado da Paraíba  
Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba  
Tribunal de Contas da União

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de: LUCAS DE FARIAS MOTA  
En test, da verdade, João Pessoa-PB 07 de Junho de 2019, às 17:42  
FRANCISCO IURY DE OLIVEIRA MATA - Testemunha  
[2019-0436423] RUL:R\$ #9,91 FAFENHO 0,29 FEPJRK 0,00 ISS:R\$ 0,50  
SELO DIGITAL: AIR51049-R26B  
Confira a autenticidade em <https://seletoral.tjpb.jud.br/>  
(83) 3218-8880

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0217001/19

**Vítima:** LUCAS DE FARIAS MOTA

**CPF:** 113.148.024-45

**Data do acidente:** 15/03/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** LUCAS DE FARIAS MOTA

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### MATHEUS VITOR DE LIMA PAIVA : 091.015.204-74

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

### LUCAS DE FARIAS MOTA : 113.148.024-45

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: 27/06/2019  
Nome: MATHEUS VITOR DE LIMA PAIVA  
CPF: 091.015.204-74

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/06/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

MATHEUS VITOR DE LIMA PAIVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0217001/19

**Número do Sinistro:** 3190400485

**Vítima:** LUCAS DE FARIAS MOTA

**CPF:** 113.148.024-45

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 15/03/2019

**Titular do CPF:** LUCAS DE FARIAS MOTA

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Comprovação de registro de acidente declarado

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentos de identificação

## 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: 21/08/2019  
Nome: MATHEUS VITOR DE LIMA PAIVA  
CPF: 091.015.204-74

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

---

MATHEUS VITOR DE LIMA PAIVA

---

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA