
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





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: À(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 MÚLTIPLAS 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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 29 de maio de 2019.


CRISTIANO CRUZ CORDULA

Agente de Investigação


LUCAS DE FARIAS MOTA

Noticiante



Rua Fernando Luís Teixeira dos Santos, 15 - Jardim Oásis
João Pessoa - PB - CEP: 54007-000 - Fone: (83) 3238-8800
www.decarlinto.com.br @decarlinto
TikTok: @decarlinto

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 - Escrevente

[2019-036105] EMIL:R# 2,48 FARPEN:R# 0,27 FEPJ:R# 0,50 IAP:R# 0,12

SELO DIGITAL: A1063303-6L1Y

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.juiz.rs.br>



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

LUCAZ DE FARIAS 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: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

LUCAZ DE FARIAS MOTA

113.148.024-45

RECUSO

RUA COMERCIANTE JOSÉ M. DE ARAÚJO

171

APTO. 204

JARDIM OCEANIA

JOÃO PESSOA

PB

58037-428

LUCAZMOTAG7@HOTMAIL.COM

(83) 90928-7548

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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 6 CONTA: 31000 X

(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 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.

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 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ 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? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascido)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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.

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

38 - 1ª | Nome: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB 26/06/19

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
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. Corpora...: | Peso...: | Altura...:

1ª VIA



Classificação de Risco:POUCO URGENTE

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

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
27 JUN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CONFERE COM ORIGINAL
Hosp. Alberto Urquiza Wenderley

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.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
21 AGU. 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP Brasil, MP 2.200-2/2001, Resolução CFM 1825/2007, Resolução CFO 914/2009, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob Nº 342.

MARIA DO SOCORRO CAMPOS DE BARROS OLIVEIRA/23736175468, AC VALID RFB: 23736175468, 15/03/2019 09:52 BRT 15032019

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE REGISTRO 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 FARIAS MOTA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00011-6

CONTA: 000010031000-1

Nr. da Autenticação A7D071E5763B5281



REGIA P2B-DI 2 CA 05555A/R
P2B K25-DI 555-1 EA B-CE 5937-59
C109 095-33/0001-A: ICE 15 015 P23-0
AFICA/CA 05555A/R CA 024 549-124
Cod. par. Deb. Automatico: 00012970859



Cartão

FORTBRASIL
É CREDITO. É SIMPLES. É PRA VOCÊ.

DATA DE POSTAGEM
29/05/2019



GTC RECIFE PE PL7

CLAUDIA KELLY PEREIRA DE LIMA PAIVA
RUA COMERCIANTE EDILSON PAIVA DE ARAUJO 642 X
JARDIM CIDADE UNIVERSITARIA
58052-750 JOAO PESSOA PB



001224288

Fatura Mensal

Cartão Fortbrasil

05/06/2019

QUARTA-FEIRA

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

27 JUN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, 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 FARIAS 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

Lucas de Farias Mota
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 test. da verdade, João Pessoa-PB 14/06/2019 09:29:15
FRANCISCO IURY DE OLIVEIRA MAIA - Escrevente
[2019-045347]ENOL:R4 89,91 FARPEN:R4 0,29 FEPP:R4 1,98 ISS:R4
SELÓ DIGITAL: A1504243-CORD
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tiob.juc.br>

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
27 JUN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, 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

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 FARIAS MOTA

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

Placa: QFR 2033 Chassi: 9C2ND1110MHR100457

Data do Acidente: 15/03/19

COMPREV
SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
21 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Local e Data: João Pessoa, 10/06/2019

Alexandre Guilherme Almeida Mota
Assinatura do Declarante

Lucas de Farias Mota
Assinatura do Condutor

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

Decarlinto
Conte com a gente

Reconheço, por semelhança, a(s) firma(s) de:
ALEXANDRE GUILHERME ALMEIDA MOTA
En test. da verdade, João Pessoa-PB 10/06/2019 09:29:13
FRANCISCO IURY DE OLIVEIRA MAIA - Escrevente
C2019-0453491ENOLIR4 89.91 FAPENIR4 0.20 FEPJRS 1.00 ISSIN
SELO DIGITAL: A1504243-CORD
Confira a autenticidade de <https://selodigital.tibb.com.br>

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVID

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SELO DIGITAL
CONFIRA A AUTENTICIDADE DE
<https://selodigital.tibb.com.br>

Decarlinto
Conte com a gente

Reconheço, por semelhança, a(s) firma(s) de:
ALEXANDRE GUILHERME ALMEIDA MOTA
En test. da verdade, João Pessoa-PB 10/06/2019 09:29:13
FRANCISCO IURY DE OLIVEIRA MAIA - Escrevente
C2019-0453491ENOLIR4 89.91 FAPENIR4 0.20 FEPJRS 1.00 ISSIN
SELO DIGITAL: A1504243-CORD
Confira a autenticidade de <https://selodigital.tibb.com.br>

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
MATHEUS VITOR DE LIMA PAIVA

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

NATURALIDADE
JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO
13/11/1993

RG
3.687.881 - 66DS/PB

CPF
091.015.204-74

DATA DE CRIAÇÃO E VALIDADE
01 27/07/2017

NÃO DECLARADO

PAULO ANTONIO MORAES SILVA
PRESIDENTE

REGISTRO
24352

TEM FE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 14223618

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(ART. 13 DA LEI Nº 8.961/94)

ASSINATURA DO PORTADOR
Matheus Vitor de Lima Paiva

ASSINATURA DO PRESIDENTE
Paulo Antonio Moraes Silva

REGISTRO
24352

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 014798229926

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 0113972304-6 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2019

NOME
ALEXANDRE GUILHERME ALMEIDA MOTA

CPF / CNPJ 50449818420 PLACA QFR2033/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB CHASSI 9C2ND1110HR100457

ESPÉCIE TIPO BAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL 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

COTA ÚNICA VENC COTA ÚNICA 00/00/0000 1º
IPV A FAIXA I PVA 0 PARCELAMENTO / COTAS 2º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 29/03/2019

OBSERVAÇÕES
A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

LOCAL JOAO PESSOA-PB DATA 01/04/2019

9999999



Assinatura

32221

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, O
TRANSPORTADAS OU NA

PB Nº 014798229926

ESTE É O SEU BILHETE
PARA MAIS INFORMAÇÃO
AS CONDIÇÕES GERAIS

www.seguradora
SAC DPVAT 0800 709 0909

COMPREV
COMPANHIA DE SEGUROS E PREVIDÊNCIA

27 JUN. 2019

VIA 1 50449818420 CPF / CNPJ

RENAVAM 01139723046 HONDA/XRE

ANO FAB. 2017 CAT. TARIF. 9 9C2ND111

PRÊMIO TOTAL

FNS (R\$) ***** DENAT *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF ***** SEG

PAGAMENTO

\$ COTA ÚNICA

SEGURADOR

CNPJ 00

32221-10504

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

Valoração 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

Valoração 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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: LUCAS DE FARIAS MOTA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSAO: ESTUDANTE Nº DO RG: 3596767
ORGÃO EMISSOR: SSP - PB DATA DE EMISSÃO: 23/10/2007
Nº CPF: 113.148.024-45 ENDEREÇO: RUA COMERCIANTE
JOSÉ MILANDA DE ARAÚJO

OUTORGADO: MATHEUS VITOR DE LIMA PAIVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSAO: ADVOGADO Nº DO RG: 25.352
ORGÃO EMISSOR: OAB/PB DATA DE EMISSÃO: 27/07/2019
Nº CPF: 091.015.205-79 ENDEREÇO: COMERCIANTE EDIL -
SOM PAIVA DE ARAÚJO - 652 - JARDIM CID. UNIVERSITÁRIA.

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vitima/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 vitima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

João Pessoa - PB, 07 de Junho

de 2019

Lucas de Farias Mota

Assinatura

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

27 JUN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

Decarlinto
Serviço Notarial - 10-10000-0000
Custe com a prova

Rua Fernando Luiz Henrique dos Santos, 75 - Jardim Oceano
São Paulo - SP - CEP: 04007-050 - Fone: (011) 328-8800
www.decarlinto.com.br
Eduardo Augusto Almeida

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:.....
LUCAS DE FARIAS MOTA.....
En test. da verdade, João Pessoa - PB 07/06/2019 09:37:12
FRANCISCO IURY DE OLIVEIRA MAIA - Escrivão
[2019-0436423EML:R# 49,91 FAPEN: 0,29 FEP3: 1,98 ISS: R\$ 0,50
SELO DIGITAL: AIR51049-R2WD
Confira a autenticidade em <https://www.decarlinto.com.br>

DECARLINTO
PROCURAÇÃO
(83) 3218-8800

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0217001/19

Vítima: LUCAS DE FARIAS MOTA

CPF: 113.148.024-45

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCAS DE FARIAS MOTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-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 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

MATHEUS VITOR DE LIMA PAIVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCAS DE FARIAS MOTA

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 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

MATHEUS VITOR DE LIMA PAIVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA