



02/09/2020

Número: **0800109-77.2020.8.15.1071**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Jacaraú**

Última distribuição : **07/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
PAULO ROBERTO DE LIMA (AUTOR)		ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33911635	02/09/2020 16:52	2747852_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190543103

Vítima: PAULO ROBERTO DE LIMA

Data do Acidente: 22/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO ROBERTO DE LIMA

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,

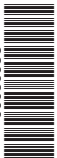
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14779500

Pag. 01975/01976 - carta_01 - INVALIDEZ

00030988





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

Rio de Janeiro, 30 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190543103 Vítima: PAULO ROBERTO DE LIMA

Data do Acidente: 22/10/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), PAULO ROBERTO DE LIMA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01275/01276 - carta_03 - INVALIDEZ

00050638



Carta nº 1482595





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

Rio de Janeiro, 28 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190543103

Vítima: PAULO ROBERTO DE LIMA

Data do Acidente: 22/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), PAULO ROBERTO DE LIMA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00267/00268 - carta_16 - INVALIDEZ

00010134



Carta nº 15663846





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0326436139 CPF da vítima: 034.726.834-54 Nome completo da vítima: Paulo Roberto de Lima

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

Nome completo: Paulo Roberto de Lima CPF: 034.726.834-54
Profissão: Agricultor Endereço: São Pedro Número: 51N Complemento:
Bairro: Centro Cidade: Itapetininga Estado: PB CEP: 582.50.000
E-mail: Tel.(DDD): 1931993929029

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: 0793 CONTA: 0665255 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, São Paulo 20-09-2019
Nome: Paulo Roberto de Lima
CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Paulo Roberto de Lima
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: LIA ASSESSORIA
CPF: 20 SET 2019
2ª Nome: CORRETORA DE SEGUROS
CPF: Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

EFECÇÃO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE E DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2018

Ocorrência nº. 105/2018



Aos SEIS dias de NOVEMBRO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **JAIME JOSÉ CAVALCANTE DE MATOS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevê(o) do seu cargo, aí, por volta 13h:35min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

PAULO ROBERTO DE LIMA, conhecido por PAULO, Identidade nº 2.527.587-SSP/PB, CPF nº 034.726.814-54, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: casado, profissão: agricultor(a), filho(a) de Cicera Roberto de Lima, natural de Serra da Raiz/PB, nascido(a) em 17/08/1979, do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua São Pedro nº S;N, bairro Novo - Lagoa De Dentro/PB, tendo como ponto de referência: , na cidade de Lagoa De Dentro/PB, fone(s) para contato: (83)- 99301-8119.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**;
- 2) DATA DO FATO: 22 de 10 de 2018;
- 3) HORÁRIO: 18h:30min;
- 4) LOCAL: Sítio Canto de Pedra nº , bairro zona rural - Lagoa De Dentro/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira - PB;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? SIM, Nº DE REGISTRO 0407544808, válida: 11/01/2022, categoria B;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

HONDA/CG 125 TITAN KS, ano fab:2002, ano mod:2002, cor pred: vermelha, comb: gasolina, placa: MMZ8602/PB, em nome de Maria Santos da Silva.

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

NÃO INFORMADO.

8) BREVE RESUMO DO FATO:

Que no dia 22/10/2018 vinha nas proximidades do Sítio Canto de Pedra, zona rural de Lagoa de Dentro - PB com direção a cidade de Lagoa de Dentro e se deparou com uma vaca na pista que bateu no animal e caiu; Que foi socorrido por populares e foi levado ao Hospital Distrital Frei Damião, na cidade de Lagoa de Dentro; Que o Hospital encaminhou para o Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira - PB; Que o pronto Socorro de Fraturas encaminhou para o Orto Trauma Mangabeira; Que devido a forte dores e pelo Hospital demorar para fazer a Cirurgia procurou atendimento na Central Fraturas, conforme Laudo Médico assinado pelo Dr. Antonio da Silva R. Neto, CRM 878, com diagnóstico de fratura dos 5º, 4º e 3º dedos da mão direita.

9) OBSERVAÇÕES:

NADA CONSTA.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevê(o) que digitei.



PAULO ROBERTO DE LIMA
Comunicante

[Assinatura]
APC

Impossibilitado de assinar por fratura



Rua do Comércio, S/N, Centro, Lagoa de Dentro - PB, Cep- 58.250-000 - Telefone (83) 9.9324-3405





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0326436139	CPF da vítima: 034.726.834-54	Nome completo da vítima: Paulo Roberto de Lima
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Paulo Roberto de Lima		CPF: 034.726.834-54
Profissão: Agricultor	Endereço: Sau Pedro	Número: 51N
Bairro: Centro	Cidade: Itapecuru	Estado: PA
E-mail:	CEP: 582.50.000	Tel.(DDD): 931993929029

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237)	☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001)	☐ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: Bradesco	
AGÊNCIA: 0793	CONTA: 0665255
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos: ☐ Sim ☐ Não
Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, Paulo Roberto 20-09-2019	TESTEMUNHAS
Nome:	Nome:	1ª Nome: LIA ASSESSORIA
CPF:	CPF:	CPF: 20 SET 2019
(*) Assinatura de quem assina A ROGO	Assinatura	Assinatura
Paulo Roberto de Lima		
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		
Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do Procurador (se houver)	

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

EFECÇÃO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE E DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS

[illegible]

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, Valdemir Pedro Eugênio Junior,
RG nº 3302835, data de expedição / / ,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 091.593.364-39,
com domicílio na cidade de Jacaraú, no Estado de Pernambuco,
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sacb Pedro, nº SIN,
complemento Nova, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Paulo Roberto de Almeida, cujo o condutor era
Paulo Roberto de Almeida.
Veículo: Moto Modelo: POP 1101 Ano: 2018
Placa: 65F 4980 Chassi: 9E2J301 00JR 07 95 J9
Data do Acidente: 22/30/2019

C. Dia Data: Jacaraú 11.09.2019
Local: Jacaraú
Valdemir Pedro Eugênio Junior
Assinatura do Declarante



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





Nome:

Luan Medeiros

Informo o paciente Paul
Roberto de Souza que foi vítima
de acidente de moto há
10 (dez) dias. Apresenta

fratura dos 5º, 4º e 3º metacarpo
direito, sendo impossível
de exercer suas atividades profissionais
até mesmo provável de 02 (dois)
meses a partir de 22.10.18

MATRIZ

Av. Dom Pedro II, 690 - Centro

Fones: (83) 3221-3307 / 3221-3661

cid 562.4

Dr. Antonio da Silva R. Neto

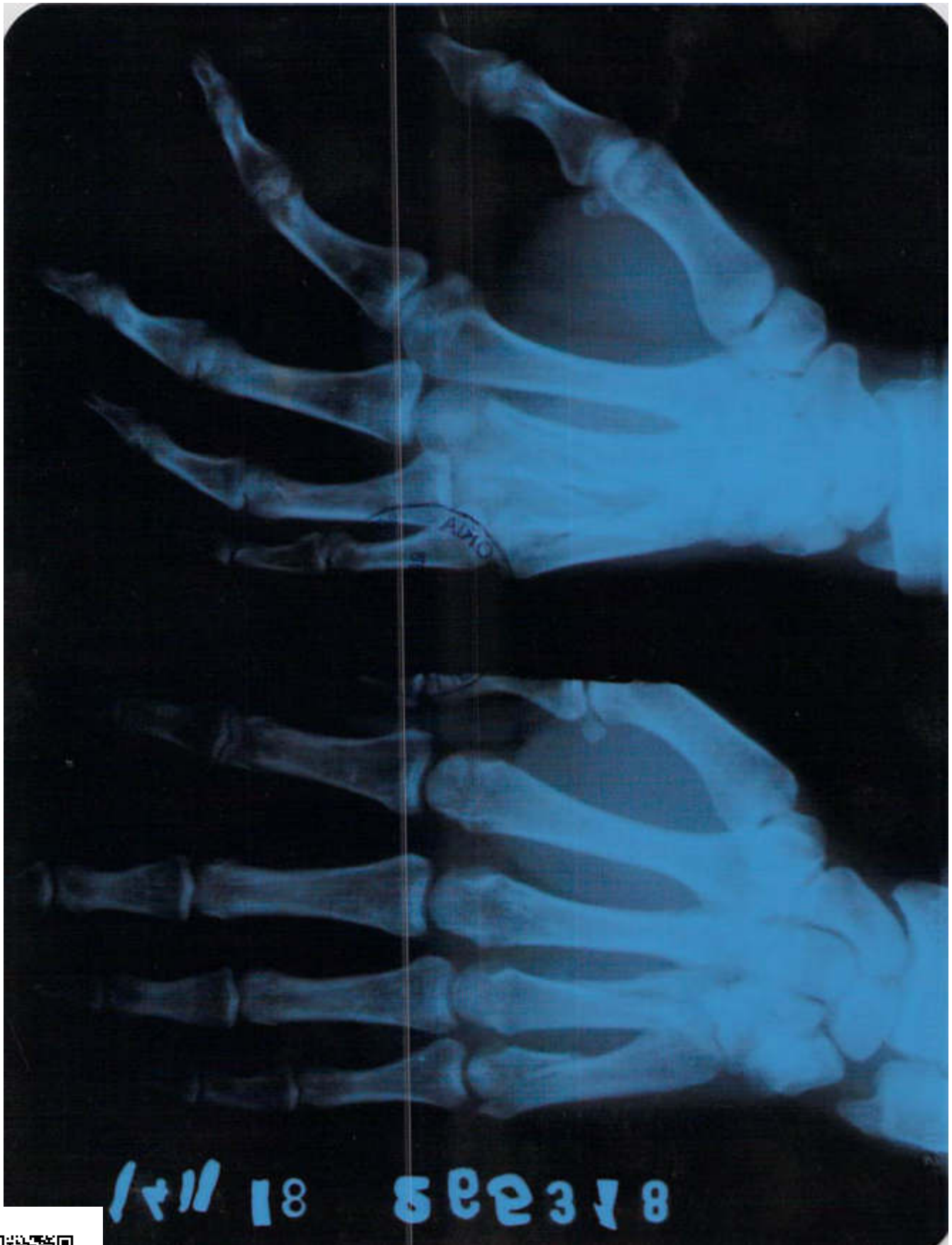
CRM 878 - CPF 067.689.114-49

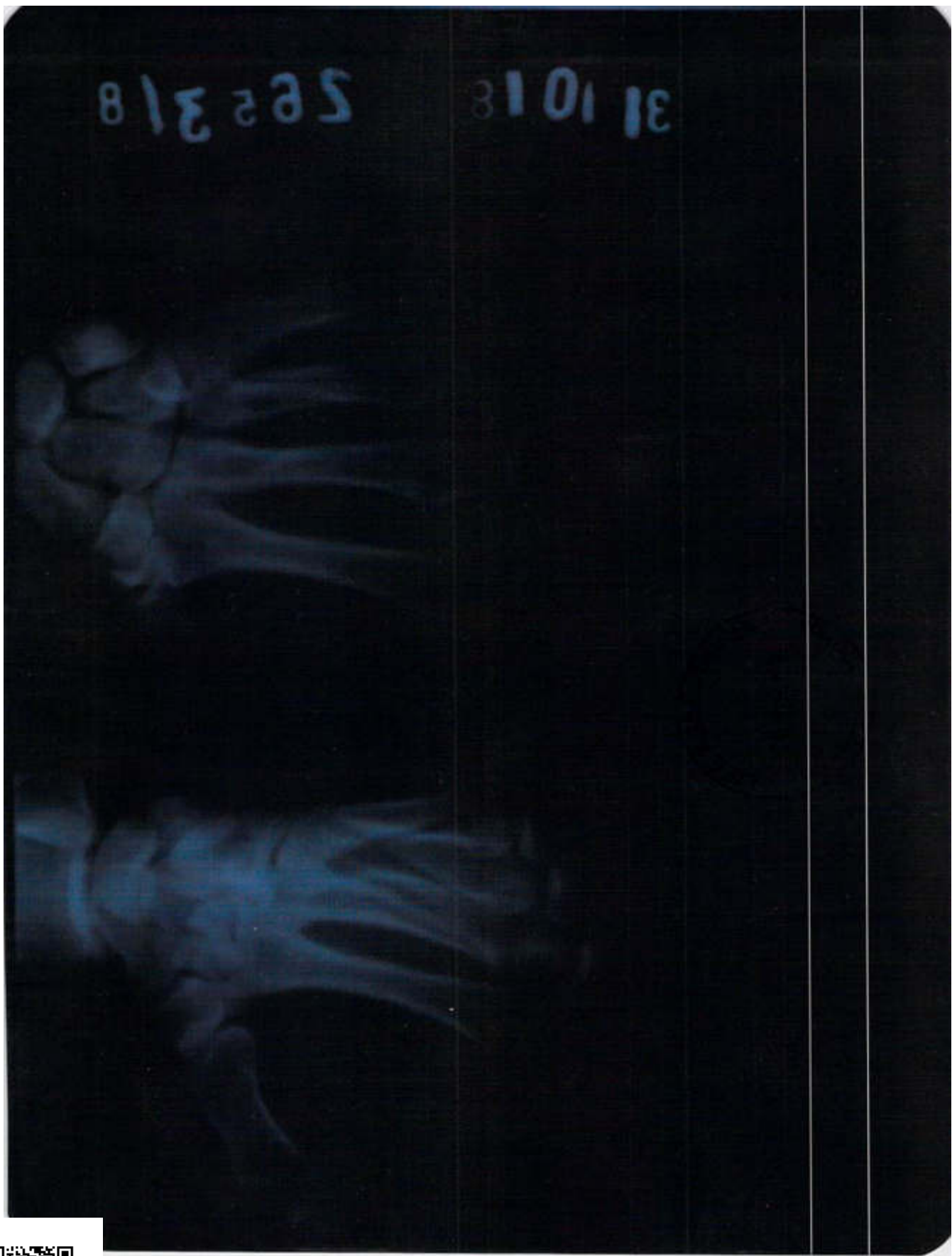
Traumatologia e Ortopedia

31.10.2018









31 10 18

265 318





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ADMINISTRAÇÃO DAS CIDADANIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTILHA NACIONAL DE IDENTIFICACAO

PB

NOME
PAULO ROBERTO DE LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR SP
2527587 SSP PB

CNPJ
034.726.814-54 DATA NASCIMENTO
17/08/1979

RENÇÃO
CICERA ROBERTO DE LIMA

PERMISSÃO
ACC CALHA

Nº REGISTRO
04075444028 VALIDADE
11/01/2023 1ª EMISSÃO
12/04/2007

COMUNICAÇÃO

Assinatura do Titular

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB DATA EMISSÃO
13/01/2017

Assinatura do Emissor

06494815401
PB033845433

PARAIBA

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1410617551

PROIBIDO PLASTIFICAR
1410617551





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES				SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS-PERSONAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, DOPOUSCARGA, APESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU, SEGURO DPVAT			
DETRAN - PB Nº 014082743410 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO				PB Nº 014082743410 BILHETE DE SEGURO DPVAT			
VIA - COD. DENATRAN: 1 01172261697 00/00000000 2018				ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204			
VALDEMIR PEDRO EUGENIO JUNIOR							
09159316489 QSF4980/PB							
NOVO PB 9C2JB0100JR078518				EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 23/11/2018			
PAS/MOTOCICLE/NAU APLIC GASOLINA				VIA 1 09159316489 QSF4980/PB			
HONDA/POP 1101 2018 2018				01172261697 HONDA/POP 1101			
2 P/109 /CI PARTIC PRETA				9C2JB0100JR078518			
IPVA PAGO EM 00/00/0000 1º				PRÊMIO TARIFÁRIO			
FAIXA IPVA 0 PARCELAMENTO/COTAS 2º				PIS (R\$) ***** DENATRAN (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****			
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ***** IOF (R\$) ***** PRÊMIO TOTAL (R\$) ***** DATA DE PAGAMENTO 21/11/2018				CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) ***** TOTAL A SER PAGO SEGURO P A G O			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO				PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO 21/11/2018			
LAGOR DE DEPENDÊNCIA 40568				SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 09.248.608/0001-04 40568-1502270-20181123			

Scanned by CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIDADE

VALDEMIR PEDRO EUGENIO JUNIOR

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF
3032835 asp PB

CITY 091.593.164-89 DATA NASCIMENTO 25/05/1992

FUNÇÃO
VALDEMIR PEDRO EUGENIO
CICERA MARIA BERNARDO
DA SILVA

PERMISSÃO ACB CENSO
JUL

Nº REGISTRO 65747341427 UNIDADE 22/11/2022 1ª REGISTRAÇÃO 05/04/2013

Valdemir Pedro Eugênio Junior
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO 23/11/2017

Arabela
ASSINATURA DO EMISSOR

61544081854
PB035783141

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1548918003

PROIBIDO PLASTIFICAR 1548918003

*documento
do
processo
de
chancela*



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0326416/19

Vítima: PAULO ROBERTO DE LIMA

CPF: 034.726.814-54

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/10/2018

Titular do CPF: PAULO ROBERTO DE LIMA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

PAULO ROBERTO DE LIMA : 034.726.814-54

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: 20/09/2019
Nome: PAULO ROBERTO DE LIMA
CPF: 034.726.814-54

PAULO ROBERTO DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/09/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

