



Número: **0801072-74.2020.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Santa Rita**

Última distribuição : **03/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
REGINALDO SOUSA DOS SANTOS (AUTOR)		RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35830335	23/10/2020 09:41	Petição	Petição
35830336	23/10/2020 09:41	2756189_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_Anexo_02	Outros Documentos
35830340	23/10/2020 09:41	2756189_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_01	Outros Documentos

EM ANEXO



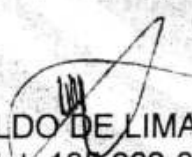


GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE POLÍCIA CIVIL METROPOLITANA
5ª DELEGACIA DISTRITAL – BAYEUX - PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL
nº 3145/2018

Certifico, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o Livro sn/2018, destinado ao registro de Ocorrências policiais pertencente ao Cartório desta DP, constatei o seguinte teor: ocorrência policial nº 3145/2018, que passo a transcrever na íntegra: aos dez dias do mês de setembro do ano de dois mil e dezoito, nesta cidade de Bayeux-PB, na 5ª Delegacia Distrital, presente o DPC Luiz Eduardo Montenegro, comigo escrivão, aí por volta das 10h10min., compareceu: **REGINALDO SOUSA DOS SANTOS**, brasileiro, natural de Santa Rita/PB, filho de Manuel Pedro dos Santos e Rosa Sousa dos Santos, RG 1.226.738-2ª via/SSP/PB e CPF 568.024.714-34, com 50 anos, nascido em 22.09.1967, casado, com ensino médio, balconista, residente a rua Juraci Camargo 649, Várzea Nova, Santa Rita/PB, fone 98846-2952. Notificando: QUE, por volta de 00h20min., do dia 02.09.2018, conduzia a **MOTO** marca **YAMAHA** **YS150 FAZER ED**, cor vermelha, ano e modelo 2014/2014, placa **QFF-4310/PB**, chassi **9C6KG0660E0033792**, em nome de **JOSENILDO GONÇALVES DA SILVA**, trafegando pela Av. Liberdade, em frente a Prefeitura de Bayeux-PB, ocasião em que foi surpreendido com a colisão na sua moto causando danos e lhe acidentando, provocado por uma MOTO e CONDUTOR não identificados: QUE, o notificante foi socorrido numa ambulância do SAMU dando entrada no COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY DA CAPITAL, sendo submetido a avaliação médica e no dia 03.09.2018, foi submetido a intervenção cirúrgica no MEMORIAL SÃO FRANCISCO DA CAPITAL. O referido é verdade. DOU FÉ.

Bayeux PB, 10 de setembro de 2018.


JOSENILDO DE LIMA CARDOSO – escrivão
Mat. 135.662-3



501670
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Belo: Maria Angélica Sousa Carneiro
Tribunal

1º OFÍCIO DE NOTAS
2º TABELADO DE PROTESTOS
RUA 1511, 5 - 1º ANDAR
CEP: 58113-010 - JOÃO PESSOA - PB
FONE: (31) 3241-1040 - FAX: (31) 3241-1041

Autentico a presente copia, reprodução fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.
João Pessoa-PB 23/11/2018 08:58:32
Tiago Dionísio da Silva - Auxiliar
[2018-037110] EMOL:R\$ 2,37 FARPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 0,47 ISS:R\$ 1,11
SELO DIGITAL: AHP04825-ZE48
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

501670
Tiago Dionísio da Silva
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Comprovação de ato declaratório



Eu, REGINALDO SOUSA DOS SANTOS, portador da carteira de identidade nº 1226738 e inscrito no CPF/MF sob o nº 568.024.714-34 residente e domiciliado na RUA JURACY CAMARGO, 649 - VARZEA NOVA Cidade SANTA RITA Estado PB 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 Reginaldo Sousa dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

BAIXEUX - PB 10/09/2018

Local e data

689800421





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

ATO



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 02/09/18	ID da Ocorrência: 918/1744	☒ USB ☐ USA ☐ MT	NR / Equipe: B13	Plantão: ☐ Dia ☒ Noite	Hora de Saída da Base: Hs	Hora de Chegada no Local: Hs
Paciente / Usuário: Reginaldo Souza dos Santos				Idade: 50	Sexo: ☒ Masc ☐ Fem	Telefone:
Local da Ocorrência: ☐ João Passos ☐ Santa Rita ☐ Bayeux ☐ Cabedelo ☐ Cande ☐ Outro:						
Logradouro: Av. Liberdade				Bairro: Centro	Município Registrador: Honorina	
Quantidade de vítimas(s) no local: ☒ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Mais de três:						
Apoio no Local: ☐ USB ☐ USA ☐ Resgate / Bombeiros ☐ PM ☐ Resgate PRF ☐ BPTRAN ☐ Outro:						
QTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Socorrido pelos Bombeiros ☐ Evacuação do Local ☐ Transporte ☐ Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: ☐ Atendimento no Local e Liberação ☐ Encaminhado a Unidade Hospitalar ☐ Óbito no Local ☐ Óbito Durante o atendimento						
Destino (Unidade Hospitalar): CHM				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo):		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ CLÍNICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO

Motivo:

CAUSAS EXTERNAS

↳ Acidente de Trânsito

☐ Colisão com x moto

☐ Queda de moto

☐ Atropelamento por:

☐ Obstrução de via

☐ Capotamento

☐ Outro:

☐ F.A.F.

☐ F.A.B.

☐ Agressão Física

☐ Afogamento

☐ Queda - Altura aproximada:

☐ Solenamento / Desabamento

☐ Choque Elétrico

☐ Outro:

TRANSFERÊNCIA

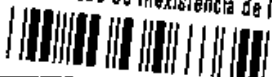
Hospital de Origem:

Responsável:

Hospital de Destino:

Responsável:

Declaração de Inexistência de IAT



ANTECEDENTES

☐ AIDS

☐ Alcoolismo

☐ AVC

☐ Convulsões

☐ Diabetes

☐ Doença Cardíaca

☐ Doença infecciosa-contagiosa

☐ Doença Mental

☐ Doença Renal

☐ Droga

☐ Hipertensão Arterial

☐ Internamentos Anteriores

☐ Problemas Respiratórios

☐ Medicamentos de uso Contínuo

Quais?

1. DADOS VITAIS

PA:

FC:

70

FR:

18

HGT:

SpO2 - SIO2:

98

SpO2 - CIO2:

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem:

Intervenções:

Evolução da Enfermeira:

Paciente consciente, orientado, sem sinais de TCE, sedado em uso do capote (SIC), com possível fratura de punho direito e cotovelo direito.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

Protocolo de Trauma.

05 Dipirona EV.



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	11/12/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REGINALDO SOUSA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03348

CONTA: 000000001806-9

Nr. da Autenticação 1AAC17694064A965



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência



Eu, REGINALDO SOUSA DOS SANTOS,
RG nº 1226738, data de expedição 27/06/16 Órgão SSDS/PB
CPF nº 568.024.714-34, venho perante a este instrumento
declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome,
sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA JURACY CAMARGO</u>
Número	<u>649</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>VARZEA NOVA</u>
Cidade	<u>SANTA RITA</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58304-500</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: 10/09/18 BAYeux - PB

Assinatura do Declarante: Reginaldo Sousa dos Santos



 **energisa**
ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Km 75 - Cx. Postal - Jd. Pires - PB - CEP 58074-690
CNPJ 08.883.000/40 - Insc. Est. 15.015.423-0
Sociedade Filial / Destinatário: Energisa Paraná 14001.1898.709
Cidade: Curitiba - Estado: PR - CEP: 81250-000

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

Conta referente a Set/2018	Apresentação 06/09/2018	Data prevista da próxima leitura 08/10/2018	CPE/ CNPJ/ RANI 668.024.714-34 Ins. En.
-------------------------------	----------------------------	---	---

UC (Unidade Consumidora): 5/848665-6

Canal de contacto

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dif.	
Data	Leitura	Data	Leitura						
08/08/16	16317	08/08/19	16455				100		78
Demonstrativo									
OSI - Descrição				DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM	VALOR DE CADA ALÍQUOTA	QUANTIDADE	BASE DE CÁLCULO	VALOR TOTAL
				TAXA DE IMPOSTO DE RENDAS - IRMS				PARCERELAS - PARCELAS	CÓDIGO - Cód. 16444
OS01 - Consumo em kWh			105.500,57	202003	202005	27	37,38	23,25	0,89
OS01 - Adc B Vermoha						20	9,12	3,69	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
DECT - CONTRA SERV ILUM PÚBLICA						0	0,00	0,00	0,00

003 Cálculo de Classificação de Item	TOTAL	99,00	80,23	24,35	99,23	6,72	2,35
--------------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

Média últimos meses (ICM)	VENCIMENTO 14/09/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 99,66
---------------------------	---------------------------------	-----------------------------------

Histórico de Consumo (kWh)											
05	06	08	109	125	132	134	148	121	121	113	109
Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18

0a47.f8f8.f94f.77d4.85fc.8df6.9e2f.6f59.

Indicadores de Qualidade			
	Límites da ANEEL	Acurado ±0,20	Límite de Tensão (V)
DIGITAL DIARIAL	11,30	NORMAL	220
DIGITAL TRIMESTRAL	22,21		
ANALOGAL	24,6	0,02	CONSTATADA
FIDUCIARIAL	8,25		LINHA DE FORÇA
FECAVAL	19,70	0,00	LINHA DE FORÇA
CINE	12,22		

W400 de LUGO (5/17/2019) PG 29 15

[illegible]

Faturas em atraso	
Agó/18	95,75

仁人君子

Retelro: 2-e-713-1260
 * April 22: 840565-2018-09-7

~~VENUE 08~~

TOTAL DUE
\$99.00

8360000000-1 99680054000-8 08486852018-6 09700009019-7



Documentação médica - hospital



CLINOR

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Para: REGINALDO SOUSA DOS SANTOS

LAUDO MÉDICO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O REFERIDO PACIENTE
É PORTADOR DO DIAGNÓSTICO DE CID S52.5 (FRATURA DO RADIO DISTAL).
FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO DIA 02/09/2018 E SUBMETIDO À TRATAMENTO
CIRÚRGICO DIA 04/09/18. NECESSITA DE AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES LABORATIVAS
POR 90 DIAS PARA REABILITAÇÃO.

J.PESSOA, 06/09/2018

JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO
Medico ortopedista - CRM 7149



CENTRO - Av. Getúlio Vargas, 126 - 83 3015 2029
PRAIA - Av. General Edson Ramalho, 479 - 83 3226 7555
SUL - Av. Walfredo Macedo Brandão, 1011 - 83 3235 4348

WWW.CLINOR.COM.BR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ADMINISTRAÇÃO DE JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 CAMPELO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

RESINALDO SOUSA DOS SANTOS

DOC. Expediente / Outorga nº: 1226738 SEDE: PD

CV: 568.024.714-34 DATA Nascimento: 22/09/1967

RENÇÃO: MANOEL PEDRO DOS SANTOS
 ROSA SOUSA DOS SANTOS

RENÇÃO: ☐ ACC: ☐ OUTRA: ☐ A

Nº Registro: 06397803706 VIGÊNCIA: 25/01/2020 EXPIRAÇÃO: 25/06/2013

VALIA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1280726242

PROTEÇÃO PLACATIZADA 1280726242

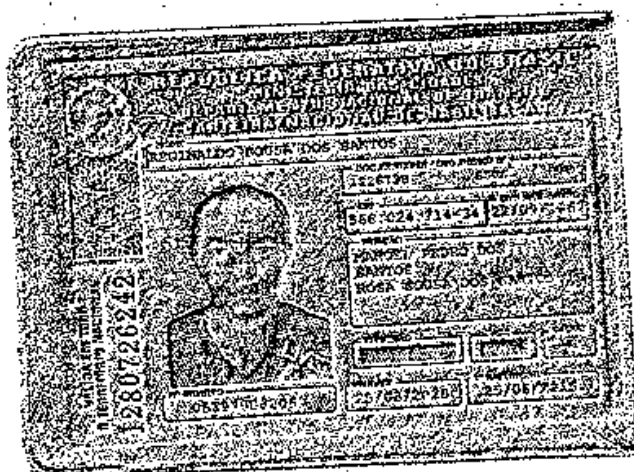
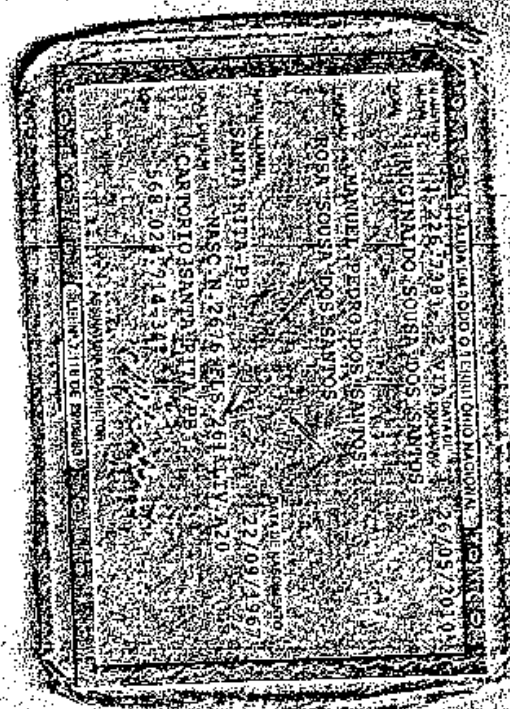
LOCAL: JUAZ DE FOZES, PB DATA: 27/06/2016

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

90841850665
 PB032768931

Documentos de Identificação





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETAM - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO, LICENCIAMENTO E VEÍCULO

Nº 013748741617
VIA 1 0102480415-9 00/00000000 2017

JOSENILDO GONCALVES DA SILVA

03160065480 QFF4310/PB

NOVO PB 9C6KG0660E0033792

PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC ALCO/GASOL

YAMAHA/XS150 FAZER ED 2014

2 P/149 /CI PARTIC VERMELHA

00/00/0000 11 2

0 3

SEGURO P A G O 30/11/2017

R.F. BANCO YAMAHA MOT. DO BRASIL SA

SANTA RITA-PB

40681 42650

SICUBO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013748741617 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU ENDEREÇO DO SEGURO DPVAT
PARA SUAS RECLAMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

SOL 01/15/15

EXERCÍCIO 2017 DATA CESSAÇÃO 01/12/2017

03160065480 QFF4310/PB

01024804159 YAMAHA/XS150 FAZER ED

2014 9 9C6KG0660E0033792

PRÊMIO TARIFÁRIO

DEBANTAR (R\$) *****

QUANTO DO BILHETE (R\$) *****

QUANTO DO SEGURO (R\$) *****

SEGURO P A G O

DATA DE CESSAÇÃO 30/11/2017

42650-1036357-20171201

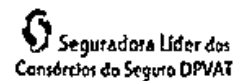


633 831V

100



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347084/18

Vítima: REGINALDO SOUSA DOS SANTOS

CPF: 568.024.714-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/09/2018

Titular do CPF: REGINALDO SOUSA DOS SANTOS

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Outros



REGINALDO SOUSA DOS SANTOS : 568.024.714-34

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: 20/09/2018
Nome: REGINALDO SOUSA DOS SANTOS
CPF: 568.024.714-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/09/2018
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

REGINALDO SOUSA DOS SANTOS

Elen Tais Alves Pereira



De: Jose Carlos
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33
Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>
Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>
Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail : jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18
Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>
Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,
Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904



SEGRADORA LIDER

RUA: SENADOR DANTAS, Nº 74 - 15º ANDAR - CENTRO
RIO DE JANEIRO - RJ
CEP. 20031-205



REGINALDO SOUSA SANTOS
RUA JURACY CAMARGO, 649 - VALZEIRA NOVA
SANTA RITA - PB
58304-500





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

- IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____
DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

- DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INICIANDO O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS)
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$
- INVALIDEZ PERMANENTE = R\$
- DESPESAS MÓDULAS DAS LESÕES = R\$
- DESPESAS MÓDULAS DA REABILITAÇÃO = R\$

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS ÚTIS, CONTANDO A PARTIR DO DIA DA RECEPÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODENDO SER LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, É NECESSÁRIO ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO COM O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
IDENTIDADE _____
ASSINATURA _____



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347084/18

Vítima: REGINALDO SOUSA DOS SANTOS

CPF: 568.024.714-34

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 02/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: REGINALDO SOUSA DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

REGINALDO SOUSA DOS SANTOS : 568.024.714-34

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: 20/09/2018
Nome: REGINALDO SOUSA DOS SANTOS
CPF: 568.024.714-34

REGINALDO SOUSA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/09/2018
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

Elen Tais Alves Pereira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0432054/19

Vítima: REGINALDO SOUSA DOS SANTOS

CPF: 568.024.714-34

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 02/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: REGINALDO SOUSA DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

REGINALDO SOUSA DOS SANTOS : 568.024.714-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/12/2019
Nome: REGINALDO SOUSA DOS SANTOS
CPF: 568.024.714-34

REGINALDO SOUSA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190676063 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINALDO SOUSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 02/09/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA).
ALTA MÉDICA. P.01/45/49/56/61

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE PUNHO DIREITO.

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 PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: IMAGEM P.67

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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





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, 05 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190676063

Vítima: REGINALDO SOUSA DOS SANTOS

Data do Acidente: 02/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), REGINALDO SOUSA DOS SANTOS

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 15193700





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, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190676063

Vítima: REGINALDO SOUSA DOS SANTOS

Data do Acidente: 02/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), REGINALDO SOUSA DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **REGINALDO SOUSA DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003348**

Conta: **0000001806-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 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

568.024.714-34

Nome completo da vítima

REGINALDO SOUSA DOS SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
REGINALDO SOUSA DOS SANTOS	568.024.714-34	DESEMPREGADO
Endereço	Número	Complemento
RUA JURACY CAMARGO,	649	CASA
Bairro	Cidade	Estado
VARZEA NOVA	SANTA RITA	PB
Email	CEP	Telefone (DDD)
	58304-500	

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

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

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO D/V CONTA NRO D/V
3348 1806 9
(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome NRO
AGÊNCIA NRO D/V 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.

BAIXOX-PB 10 de Setembro de 2018

Local e Data

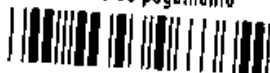
Reginaldo Sousa dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

Autorização de pagamento





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: _____ CPF da vítima: 568.024.754-34 Nome completo da vítima: Reginaldo Sousa dos Santos

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

Nome completo: Reginaldo Sousa dos Santos CPF: 568.024.754-34

Profissão: Reluzeiro Endereço: Rua Juraçá e Camargo Número: 849 Complemento: Casa

Bairro: Vargem Nova Cidade: Santa Rita Estado: PB CEP: 58819-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (83) 987088728

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

RENTA 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) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3348 CONTA: 01806 9

(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.

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa - PB 03/12/2019

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

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

SÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



CAIXA
POUPANÇA



6277 8015 7359 7667

6277

VÁLIDO ATÉ

07/21

REGINALDO SOUSA SANTOS
3348 013 00001806-9

elo

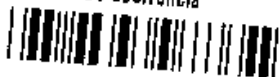


INV-09

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE POLÍCIA CIVIL METROPOLITANA
5ª DELEGACIA DISTRITAL - BAYEUX/PB



Boletim de ocorrência

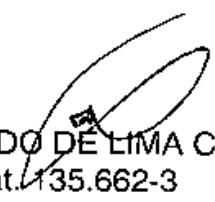


BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

nº 3145/2018

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo o livro sn/2018, destinado ao registro de Ocorrências Policiais, nº pertencente ao Cartório desta DP, constatei o seguinte teor: ocorrência policial nº 3145/18, que passo a transcrever na íntegra: Aos dez dias do mês de setembro do ano de dois mil e dezoito, nesta cidade de Bayeux/PB, na 5ª Delegacia Distrital, presente o DPC Luiz Eduardo Montenegro, comigo escrivão, ai por volta das 10h10min horas, compareceu: **REGINALDO SOUSA DOS SANTOS**, brasileiro, natural de Santa Rita-PB, filha de Manuel Pedro dos Santos e Rosa Sousa dos Santos, RG 1.226.738-2ª via-SSP/PB e CPF 568.024.714-34, com 50 anos, nascido em 22.09.1967, casado, com ensino médio, balconista, residente a rua Juraci Camargo 649, Várzea Nova, Santa Rita-PB, fone 98846-2952. Notificando; QUE, por volta de 00h20min., do dia 02.09.2018, conduzia a **MOTO** marca **YAMAHA YS150 FAZER ED**, cor vermelha, ano e modelo 2014/2014, placa **QFF-4310/PB**, chassi **9C6KG0660E0033792**, em nome de **JOSENILDO GONÇALVES DA SILVA**, trafegando pela Av. Liberdade, em frente a Prefeitura de Bayeux-PB, ocasião em que foi surpreendido com a colisão na sua moto causando danos e lhe acidentando, provocado por uma MOTO e CONDUTOR não identificados; QUE, o notificante foi socorrido numa ambulância do SAMU dando entrada no COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA TARCÍSIO BURITY DA CAPITAL, sendo submetido a avaliação médica e no dia 03.09.2018, foi submetido a intervenção cirúrgica no MEMORIAL SÃO FRANCISCO DA CAPITAL. O referido é verdade. DOU FÉ.

Bayeux PB, 10 de setembro de 2018.


JOSENILDO DE LIMA CARDOSO – escrivão
Mat. 135.662-3

SEMPRE EM LIDERANÇA DP 14-SET-2018 12:31 633593 1/1





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE SANTA RITA/PB

Processo: 08010727420208150331

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **REGINALDO SOUSA DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento, bem como ratificar o pedido de improcedência da ação, haja vista o correto pagamento realizado em seara administrativa.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SANTA RITA, 21 de outubro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/10/2020 09:41:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102309415580000000034219415>
Número do documento: 20102309415580000000034219415