



Número: **0801932-38.2020.8.15.0311**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Princesa Isabel**

Última distribuição : **25/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DANIEL ARAUJO DE LIMA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36006 894	28/10/2020 10:08	2761503_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

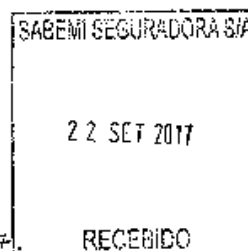
Conditi di Invenimento del Val.

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que residir realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Piacenza, Giovedì 128, 18 de Agosto di 2037

Local e data





nao autônomo



PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL - PB
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: 05067

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA
 DATA: 21/07/17 OCORRÊNCIA Nº: 159 PACIENTE: Daniel, filho de Wilson IDADE: 19 SEXO: ☒ MASC. ☐ FEM.
 LOCAL DA OCORRÊNCIA: Bairro: Várzea Nova / P. B. MEDICO REGULADOR: Dr. Francelino
 APOIO NO LOCAL: ☐ PM ☐ RESGATE / BOMBEIROS ☐ RESGATE PRF ☐ CPTRAN ☐ STTRANS ☐ OUTRO
 QTA. ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTRO.

TIPO DE AGRAVO

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÁNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO	<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENINGE
<input type="checkbox"/> SUFOCÇÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO / AFOGAMENTO	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGAS
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO / SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA METROS	<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS	<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)		<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO		<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS:
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS			

DESTINO DO PACIENTE
 SERVIÇO MÉDICO: HRPI RESPONSÁVEL: Dr. Francelino Freitas FUNÇÃO: 22 SET 2017
MOTIVO DE TRANSPORTE
☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES
☐ OUTRO: ☐ RECEBIDO

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO
 LOCAL: RESPONSÁVEL: FUNÇÃO:
EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)
Acidente com contusões em membros superiores e inferiores. Dor em M.S.D. e M.I.F.
ADOS VITAIS
 VVAA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30irpm / PULSO RADIAL: ☐ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mmhg ☐ <90mmhg
 P.A.: 135 x 90 mm/di FC: 129 FR: 22 TEMP: 36 °C GLUCÊMIA: 106 mg/dl Esc. Coma: 95
 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:
 "Ansiedade", "Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída", "Comunicação Verbal Prejudicada", "Confusão Aguda", "Deambulação Prejudicada", "Débito Cardíaco Diminuído", "Desobstrução Ineficaz das VVAA", "Disreflexia Autônoma", "Dor Aguda", "Hipertermia", "Hipotermia", "Integridade de Pele Prejudicada", "Integridade Tissular Prejudicada", "Medo", "Intolerância à Atividade", "Mucosa Oral Prejudicada", "Padrão Respiratório Ineficaz", "Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz", "Perfusão Tissular Cardiorrespiratória Ineficaz", "Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz", "Perfusão Tissular Renal Ineficaz", "Termorregulação Ineficaz", "Troca de gases prejudicada", "Ventilação espontânea prejudicada", "Volume de líquidos deficiente", "Volume Excessivo de Líquidos", "Náusea", "Retenção Urinária", "Percepção Sensorial Perturbada", "Interação Social Prejudicada", "Incontinência intestinal", "Eliminação urinária prejudicada", "Constipação", "Outros".

INTERVENÇÕES
Imobilização de membros, curativos, venoclise em M.S.D. e M.I.F.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO
Atendimento de acidente motorciclístico, consciente e orientado, apresentando ferimentos contusos nos membros superiores e inferiores. Realizando o atendimento em M.S.D. e M.I.F. com imobilização dos membros e venoclise nos membros. Após avaliação e medicação o paciente foi encaminhado ao HRPI.



MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)	
Gases	Medicamentos
Atmosfera	SRH (1)
Bexiga (1)	Tilatil (1)
Fleco no 22 (1)	A.D. (1)
Fleco no 20 (1)	
Seringa 10 ml (1)	



E.C.G.

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTARRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL _____ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

DIAGNÓSTICOS

PROCEDIMENTOS

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO / OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREOIDOTOMIA ☐ RESPIRADOR
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA ☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA
☐ DESFIBRILAÇÃO / CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO ☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ S. VESICAL
SEDAÇÃO ☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ COLAR CERVICAL ☐ TALAS/TRAÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

SRH 500 ml EV

Paracetamol 400 mg e AD EV

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

ENCAMINHAMENTO

☐ LIBERADO APÓS ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVACÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA

NOME: _____

RG: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO: _____

CRM: _____

MAT: _____

ENFERMEIRO(A): Grazielly

COREN: 258945

MAT: _____

AUX./TÉCNICO DE ENFERM.: Thaís

COREN: _____

MAT: _____

CONDUTOR: Samuel

CNH: _____

MAT: _____



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIEL ARAUJO DE LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02542-9

CONTA: 000000121861-1

Nr. Autenticação

BRADESCO310320200500000000002370254200000012186194500 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/10/2020 10:08:54

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102810085389700000034385441>

Número do documento: 20102810085389700000034385441



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Daniel Araújo de Lima

RG nº 10.353.711, data de expedição 16/03/16, Órgão SDS/PE,

CPF nº 108.154.224-08, 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 seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Joaquim Rodrigues</u>
Número	<u>45/n</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>qd. Carlota</u>
Cidade	<u>Pinheira Israel</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58.755-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	<u>(87) 3546-1036</u>

Por ser verdade, firmo-me.

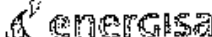
Local e Data: Pinheira Israel/PB, 18 de Agosto de 2017.

Assinatura do Declarante: Daniel Araújo de Lima



BIENILDA NEVES DE ARAUJO
RUA JOAQUIM RODRIGUES, 301 - JARDIM CARLOS
PRINCESA ISABEL / PB CEP: 57550-000 (Aq. 165)

Classificação: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOFÁSICO 220V, 60Hz
Roteiro: 9 - 185 - 80 - 5210
Referência: Jun/2017
Emissão: 13/06/2017
Nota Fiscal / Cofre de Energia Elétrica Nº000.817.327
Código para a Nota Fiscal: 00018018018



ENERGISA PARANÁ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

CNPJ 08.085.143/0001-40 - Ins. En. 16.915.623-0

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

Conta referência a UC (Unidade Consumidora) 871587897-2

Jun/2017

Apresentação

13/06/2017

Data prevista da próxima leitura

14/07/2017

CPF/CNPJ RAN

45282724-9
Insc. Est.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data - Leitura	Data - Leitura			
15/05/17 8335	13/06/17 8497	1	102	29

Faturas em atraso

22/06/2017 88,22

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo 08 a 30 kWh - BR	30	0,14834	4,45
Consumo 31 a 100 kWh - BR	70	0,29887	20,92
Consumo 101 a 220 kWh - BR	2	0,37631	0,75
Adic. B Verbetes			0,89
Suscrição			23,44
ICMS			19,47
PIS			0,70
COFINS			3,24
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			10,18
JUROS DE MORA 04/2017			0,38
MULTA 04/2017			0,60
Devolução Suscrição			22,44

Histórico de Consumo (kWh)

Mai/17	116
Abr/17	102
Mar/17	120
Fev/17	107
Jan/17	98
Dez/16	113
Nov/16	113
Out/16	140
Sep/16	121
Ago/16	111
Jul/16	104
Jun/16	108

Média dos últimos meses

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	88,41	22,00	19,47
PIS	88,41	1,0315	0,70
COFINS	88,41	3,7425	3,24

VENCIMENTO
21/06/2017

TOTAL A PAGAR
R\$ 58,02

77ba.37f5.2182.3877.8cf6.9f78.5bb9.88c7.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
OTRIMESTRAL	0,00	NORMAL
OTRIMESTRAL	0,00	CONTRATADA
OTRIMESTRAL	0,00	LAZIMINFERIOR
OTRIMESTRAL	0,00	LAZIMESUPERIOR
OTRIMESTRAL	0,00	LAZIMESUPERIOR
OTRIMESTRAL	0,00	LAZIMESUPERIOR
OTRIMESTRAL	0,00	LAZIMESUPERIOR
OTRIMESTRAL	0,00	LAZIMESUPERIOR
OTRIMESTRAL	0,00	LAZIMESUPERIOR
OTRIMESTRAL	0,00	LAZIMESUPERIOR

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Distribuição de Energia	9,37	16,15
Compreensão Energia	10,80	18,79
Benefício Transmissão	0,89	1,53
Encargos Setoriais	34,46	59,38
Impostos Diretos e Encargos	0,00	0,00
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	55,52	95,95

Valor de ELER (Ref. 4/2017) R\$ 11,86





TELEFONIA NORTE LESTE S/A
CNPJ: 23.000.118/0014-93 - INSC. ESTADUAL: 131.001.0019148-4
RUA DO BRUM, 485 - RECIFE - PE CEP: 50080-250
MATRIZ CNPJ: 23.000.118/0001-79

PAG.: 1/5



52700617



0121 - CTO RECIFE PE PLT1
HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
PCA QUINZE DE NOVENBRO, 124
CENTRO
56870-000 TRIUNFO-PE



721351282005656000004611630050417

Referência

MARCO /2017

Telefone

(87) 3846-1036

Vencimento

15/04/2017

Total a pagar

R\$ 116,39

Resumo da sua fatura



OI FIXO

OI FIXO

PACOTE DE MINUTOS FIXO-FIXO LOCAL
PACOTE DE MINUTOS FIXO-MOVEL LOCAL
PACOTE DE MINUTOS LONGA DISTANCIA COM SI
SERVICOS DIGITAIS
OUTROS PACOTES E SERVICOS MENSIS

R\$ 86,65
56,17



EXCEDENTES, OUTROS SERVICOS E TAXAS

LIGAMES FIXO-FIXO
SERVICOS OUTRAS PRESTADORAS E DE TERCEIROS

R\$ 29,74
13,16
16,58

SABEMI SEGURADORA S/A

22 SET 2017

RECEBIDO

Desde 06 de Novembro de 2016 foi incluído o número 9 à frente dos celulares dos
DDD's 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 53, 54 e 55 passando ao formato:
(DDD)9xxx-xxxx.

Mais informações em oi.com.br/9digito.



TELEFONIA NORTE LESTE S/A
CNPJ: 23.000.118/0014-93 - INSC. ESTADUAL: 131.001.0019148-4
RUA DO BRUM, 485 - RECIFE - PE CEP: 50080-250
MATRIZ CNPJ: 23.000.118/0001-79

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
TELEFONE/CONTRATO: 38461036 CJO SU3
CONTA 020017 LOCAL 4852 DV

84620000001-2 16390024030-6 32049520384-8 61036031703-2



FATURA N: 1900100000017

VENCIMENTO: 15/04/2017

VALOR A PAGAR R\$ 116,39

CODIGO PARA DEBITO AUTOMATICO: 091201460307



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/10/2020 10:08:54

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102810085389700000034385441>

Número do documento: 20102810085389700000034385441

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190723928 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL ARAUJO DE LIMA **Data do acidente:** 21/07/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM FACE
TRAUMA EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO SUPERIOR 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

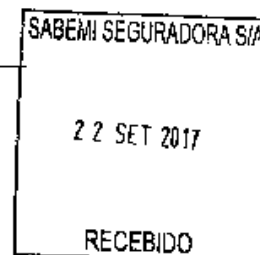
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Haroldo Magalhães de Carvalho, portador(a) do RG nº 6622847, expedido por SDS/PE, em 1/1/2017, CPF/CNPJ nº 041.542.024-56, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Daniel Araújo de Lima do sinistro de DPVAT da natureza Inútil da vítima Daniel Araújo de Lima, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Advogado Renda Mensal: R\$ Recurso Informal

Documentos comprobatórios: Recurso Informal

[Assinatura]
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Produção do granelamento de relé



DECLARAÇÃO

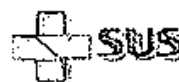
Declaramos para os devidos fins que, a ficha original do (a) paciente **DANIEL ARAUJO DE LIMA**, portador (a) do RG de nº **10.353.711 SDS/PE**, encontra-se em nossos arquivos neste Hospital Regional de Princesa Isabel.

Ficha de Atendimento Ambulatorial referente ao mês de **JULHO/2017**.

Princesa Isabel-PB, 26 de julho de 2017.


EDISIO FRANCISCO DA SILVA
Diretor Geral
Mat.184.461-0

ALAMEDA DAS ACÁCIAS, Nº 1444 -
ALTO DO CASCAVEL - PRINCESA ISABEL - PB
CEP 58.755-000- CNPJ - 08.778.268/0039-33
FONE: (83) 3457-2585/ 3457-2988





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 708.184.224-08

Nome: DANIEL ARAUJO DE LIMA

Data de Nascimento: 14/05/1998

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 12/03/2014

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 10:58:45 do dia 19/09/2017 (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: 5423.B4AD.C3B1.A9D1



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

19/09/2017 11:00





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT -



DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Doniel Araújo de Lima
 DATA DO ACIDENTE 21/07/2019 CPF DA VÍTIMA 903.184.224-08
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, E LIO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA E
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Quize de Novembro
 Nº 124 COMPLEMENTO centro BAIRRO centro
 CIDADE Joazeiro UF PE CEP 55.570-000
 E-MAIL brunocadocaria@gmail.com TELEFONE (51) 3546-1056

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) 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)
 (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) 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
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 (X) 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 - DAMS

- () 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, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM decorrência do acidente e o tratamento realizado (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (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 - DAMS

- () 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\$ 13.500,00
 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
 • O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
 IDENTIDADE _____
 ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/10/2020 10:08:54

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102810085389700000034385441>

Número do documento: 20102810085389700000034385441

Num. 36006894 - Pág. 15

PROCURAÇÃO PARTICULAR



OUTORGANTE: DANIEL ARAÚJO DE LIMA, brasileiro, solteiro, estudante, portador da Cédula de Identidade nº 10.353.711 SDS/PE, inscrito no CPF/MF sob o nº 708.184.224-08, residente e domiciliado na Rua Joaquim Rodrigues, s/n, Jd Carlota, Princesa Isabel/PB, CEP: 58.755-000.

OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima: **DANIEL ARAÚJO DE LIMA**.



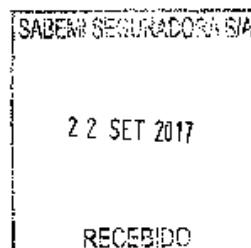
Princesa Isabel/PB, 18 de Agosto de 2017.

Daniel Araújo de Lima

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Cartório 2º Ofício
de Notas e Registro
Emília Érica Alves Frazão
Tabela Interina



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: DANIEL ARAÚJO DE LIMA, brasileiro, solteiro, estudante, portador da Cédula de Identidade nº 10.353.711 SDS/PE, inscrito no CPF/MF sob o nº 708.184.224-08, residente e domiciliado na Rua Joaquim Rodrigues, s/n, Jd Carlota, Princesa Isabel/PB, CEP: 58.755-000.

OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima: **DANIEL ARAÚJO DE LIMA**.



Princesa Isabel/PB, 18 de Agosto de 2017.

Daniel Araújo de Lima

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

EMÍLIA ÉRICA | 3º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL | Emília Érica Alves Frazão - Tabelião Intermunicipal
Rua 04, Nazareth, Princesa Isabel, 202 - Centro, Princesa Isabel - PB - 58.755-000
Fone: (35) 3337.5049 / 3337.5049-11 - e-mail: carla@emiliaerica.com.br

RECONHEÇO, COMO AUTÊNTICA E VERDADEIRA, a(s) seguinte(s) assinatura(s):
DANIEL ARAÚJO DE LIMA.....
Em test. da verdade, Princesa Isabel - 18/08/2017
Emília Érica Alves Frazão - Tabelião Intermunicipal
(2017-004981) EMÍLIA ÉRICA Nº 23 FAPEN/PR 8,27 FEPJ/PR
SELO DIGITAL: AFR91186-FF70
Confira a autenticidade em <https://selodigital.emiliaerica.com.br>

Cartório 2º Ofício
de Notas e Registro
Emília Érica Alves Frazão
Tabelião Intermunicipal



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0472225/19

Vítima: DANIEL ARAUJO DE LIMA

CPF: 708.184.224-08

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 21/07/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DANIEL ARAUJO DE LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO : 041.542.024-56

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

DANIEL ARAUJO DE LIMA : 708.184.224-08

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: 30/12/2019
Nome: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
CPF: 041.542.024-56

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/12/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA





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, 03 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190723928

Vítima: DANIEL ARAUJO DE LIMA

Data do Acidente: 21/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DANIEL ARAUJO 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 15317237

Pag. 01987/01988 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 07 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190723928

Vítima: DANIEL ARAUJO DE LIMA

Data do Acidente: 21/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), DANIEL ARAUJO DE LIMA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 00099/00100 - carta_02 - INVALIDEZ

00050050



Carta nº 15331813



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/10/2020 10:08:54

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102810085389700000034385441>

Número do documento: 20102810085389700000034385441



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, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190723928

Vítima: DANIEL ARAUJO DE LIMA

Data do Acidente: 21/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DANIEL ARAUJO DE LIMA

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

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência atualizado e novos dados telefônicos, pois com o entregue não tivemos êxito no contato.
----------------------------------	---

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. 00087/00088 - carta_03 - INVALIDEZ

00070044



Carta nº 15376461





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, 03 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190723928

Vítima: DANIEL ARAUJO DE LIMA

Data do Acidente: 21/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIEL ARAUJO DE LIMA

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\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: **DANIEL ARAUJO DE LIMA**

Valor: **R\$ 945,00**

Banco: **237**

Agência: **000002542-9**

Conta: **000000121861-1**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da Indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

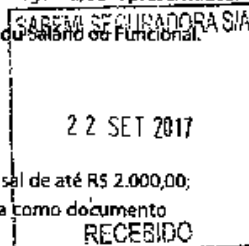
EU, Daniel Araújo de LimaPORTADOR(A) DO RG Nº 10.353.711EXPEDIDO POR SDS IPEEM 16/03/16 ECPF 708184224-08 /CNPJ 00000000-0000-0000-0000-0000, PROFISSÃO estudante

E RENDA MENSAL DE R\$ Receber (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Daniel Araújo de Lima, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou salário ou funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2542-9 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0121861-1

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Receber, 18 de Agosto de 2017.
LOCAL E DATA

x Daniel Araújo de Lima
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Data: 14-08-2017 Hora de Brasília: 13:07

Extrato de Conta Corrente

GABRIEL ASSUNÇÃO DE LIMA 13:07:00
AGÊNCIA 2542 CTA 0221861-1 14-08-2017

Av. Bradesco : 2542 - AF 04.04

LIMÃOZINHA

Correspondente: 201 - GINÁS SUPERMERCADO

NSU: 027397413956 Autenticacao: 050578

OUVIKAZIA BRANCO

0900 721 0333

NSU Rede: 051384 Hora Rede: 13:02:38

Terminal: 00002180





GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOC.
16ª AISP DE POLICIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL



CERTIDÃO

CERTIFICADO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal da pessoa interessada, que revendo os Livros de Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a seguinte Ocorrência Policial:

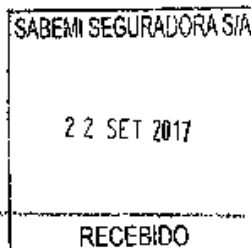
OCCORRENCIA POLICIAL Nº 555/2017, LIVRO nº 003/2017.

DATA: 09 de agosto do ano de Dois Mil e Dezessete

HORA: 16h30min

CIDADE: PRINCESA ISABEL - PB

DELEGADO: GUTENBERG JOSÉ DA COSTA MARQUES CABRAL



Noticiante: DANIEL ARAÚJO DE LIMA

Estado civil: solteiro RG:10.353.711 SDS/PE CPF: 708.184.224-08

Sexo: MASCULINO Nascimento: 14/05/1998 Idade: 19 ANOS

Naturalidade: Brasileira Naturalidade: Princesa Isabel/PB

Profissão: AGRICULTOR

Filiação: Iranildo Jovino de Lima e de Elenilda Neves de Araújo Lima

Endereço: Rua Joaquin Rodrigues, s/n, Bairro Jardim Carlota, PRINCESA ISABEL/PB

NARRATIVA

QUE, no dia 21 de Julho de 2017, por volta das 14:30 horas, sofreu um acidente automobilístico nas imediações do centro desta cidade de Princesa Isabel, quando conduzia uma motocicleta no sentido a sua residência quando nas proximidades da prefeitura, quando um veículo ao abrir a porta do veículo, sem observa se vinha alguém atrás, foi quando colidi com a porta do veículo chegando a cair ao solo; Que fui socorrido pela unidade do SAMU, sendo atendido no hospital Regional de Princesa Isabel/PB; Que sofreu quebra de dentes na parte exterior na sua boca, e alguma escoriações pelo corpo; Que pilotava uma moto Honda/CG 150 FAN ESDI, de cor Vermelha, de fabricação 2013 modelo 2014, Placa PGU-2108/PE, CHASSI Nº 9C2KC1680ER404290, Registrada em nome de José Erielson Sabino Evangelista.

O referido é verdade, Dou fé. Termo de Responsabilidade: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos).

Notificante: Daniel Araújo de Lima

Pedro Quirino de
Agente de Polícia



CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS
REGISTRO GERAL DE TÍTULOS E DOCUMENTOS
PESSOAS FÍSICAS E JURÍDICAS
ANTONIO DELAVALLE BRANCO SOUZA

Certifico: que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado: dia 08. Setembro. 2017. Substituta: FRIVANEIDE MENDES DE SOUZA. Emol. R\$ 3,32. Total, R\$ 3,32. EPPC, R\$ 0,32. Total, R\$ 3,64. R\$ 0,66. EPPC, R\$ 0,32. Total, R\$ 0,98. Selo: 0072841. Nº 008201705.00182.

Rua Cel. José Pereira Lima, SN, Alto do Casp
Fone/fax: (0XX03) 3457

Certidão Autenticada em: www.tjpb.jus.br/valida

