



Número: **0811793-50.2019.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **17/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAO CARNEIRO DE OLIVEIRA (AUTOR)		EPITACIO FLORENTINO LIMA NETO (ADVOGADO) FABIO COSTA FERRER (ADVOGADO) JEEZISRAEL MOISES BEZERRA GOMES (ADVOGADO) RAMON DE ANDRADE GOUVEIA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36202000	03/11/2020 18:17	2761508_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01560.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01560.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:08 horas do dia 16 de agosto de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **João Carneiro de Oliveira**, CPF nº 020.798.544-88, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Soldador, filho(a) de Lucia Maria de Oliveira e Pai Não Declarado, natural de Itambé/PE, nascido(a) em 28/02/1974 (44 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua João Carolino de Oliveira, Nº 0118, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Escola Municipal Pedro Lins, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98195-8987.

Dados do(s) Fatos:

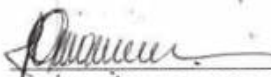
Local: Comerciante Alfredo Ferreira da Rocha, Mangabeira I (Lombada Eletrônica do Colégio Luis Ramalho), João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/01/18 15:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

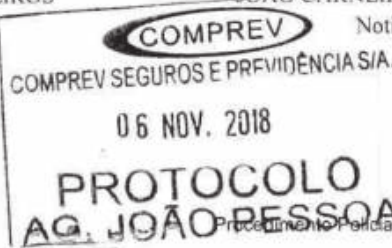
QUE, segundo o notificante trafegava com o veículo, tipo motocicleta marca e modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI, ano e modelo: 2009/2010 de cor preta, placa: NQH 7950/PB, Chassi nº 9C2KC1550AR043755, registrado em nome de Zulmira da Silva Dutra, CPF nº 204.181.324-53; QUE segundo o notificante trafegava normalmente na sua mão pela direita, quando um veículo fez uma ultrapassagem pelo notificante e saiu da faixa da esquerda para a direita sem ter o condutor do carro a devida atenção, vindo notificante a colidir na traseira do mesmo, que devido ao impacto veio o notificante a cair ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0451/2018, EXPEDIDO PELA DRª SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA, CRM/PB 2959, DATADO DE 02.04.2018 do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S82,3

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

João Pessoa/PB, 16 de agosto de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


JOÃO CARNEIRO DE OLIVEIRA
Notificante



Protocolo Policial: 01560.01.2018.1.00.420



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 da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

João Carneiro de Oliveira

CPF da Vítima

030.498.544-88

Data do Acidente

11/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 51º 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 avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



João Carneiro de Oliveira, 01 de Novembro de 2018

Local e Data

x João Carneiro de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017





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



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 805/096, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1947387, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **JOAO CARNEIRO DE OLIVEIRA** idade 42 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)** no dia 11/01/2018, na Rua Comerciante Alfredo Ferreira da Rocha, Bairro: Mangabeira - João Pessoa - aproximadamente às 15:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 25 de Maio de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CPF nº 10171

SAMU 192
Jefferson da Rocha Augusto
Matricula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



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: 21/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO CARNEIRO DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04915

CONTA: 000000012777-6

Nr. da Autenticação DCBE8FF89067AFB0



JOSE PEREIRA DUTRA
RUA JOAO CAROLINO DE OLIVEIRA, 116 - MANABERA
JOAO PESSOA / PB CEP: 58051-320 (AQ. 1)



Emissão: 18/09/2018 Referência: Set / 2018

ENERGISA PARANÁ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Cidade/Estado: JOAO PESSOA / PB - CEP: 58071-490
CNPJ: 08.996.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.923-0

Retenções: 10 - 5 - 2,3 - 3420 NF medidor: 00000182517

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 012513 093
Cód. para Dth. Automática: 0000229721

Atividade: 10 - 5 - 2,3 - 3420

Contador	18/09/2018	18/10/2018	440.637.410-4
Set / 2018	18/09/2018	18/10/2018	Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/322972-1

Data	Leitura	Data	Leitura	1	253	19
20/09/18	83664	18/09/18	83917			

Data	Leitura	Data	Leitura	1	253	19
20/09/18	83664	18/09/18	83917			

Cod	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor Base	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
0601	Consumo em kWh	253,000	0,007770	204,36	204,36	27	56,16	204,36	1,04	7,59	
0601	Adc. B. Vermelha			18,47	18,47	27	4,98	18,47	0,15	0,89	
0607	CONTRIB SERV. LUM. PUBLICA			10,03	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	

Cod	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor Base	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
0601	Consumo em kWh	253,000	0,007770	204,36	204,36	27	56,16	204,36	1,04	7,59	
0601	Adc. B. Vermelha			18,47	18,47	27	4,98	18,47	0,15	0,89	
0607	CONTRIB SERV. LUM. PUBLICA			10,03	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	

Cod	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor Base	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
0601	Consumo em kWh	253,000	0,007770	204,36	204,36	27	56,16	204,36	1,04	7,59	
0601	Adc. B. Vermelha			18,47	18,47	27	4,98	18,47	0,15	0,89	
0607	CONTRIB SERV. LUM. PUBLICA			10,03	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	

Cod	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor Base	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
0601	Consumo em kWh	253,000	0,007770	204,36	204,36	27	56,16	204,36	1,04	7,59	
0601	Adc. B. Vermelha			18,47	18,47	27	4,98	18,47	0,15	0,89	
0607	CONTRIB SERV. LUM. PUBLICA			10,03	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	

Cod	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor Base	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
0601	Consumo em kWh	253,000	0,007770	204,36	204,36	27	56,16	204,36	1,04	7,59	
0601	Adc. B. Vermelha			18,47	18,47	27	4,98	18,47	0,15	0,89	
0607	CONTRIB SERV. LUM. PUBLICA			10,03	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	

Cod	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor Base	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
0601	Consumo em kWh	253,000	0,007770	204,36	204,36	27	56,16	204,36	1,04	7,59	
0601	Adc. B. Vermelha			18,47	18,47	27	4,98	18,47	0,15	0,89	
0607	CONTRIB SERV. LUM. PUBLICA			10,03	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	

Cod	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor Base	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
0601	Consumo em kWh	253,000	0,007770	204,36	204,36	27	56,16	204,36	1,04	7,59	
0601	Adc. B. Vermelha			18,47	18,47	27	4,98	18,47	0,15	0,89	
0607	CONTRIB SERV. LUM. PUBLICA			10,03	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	

Cod	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor Base	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
0601	Consumo em kWh	253,000	0,007770	204,36	204,36	27	56,16	204,36	1,04	7,59	
0601	Adc. B. Vermelha			18,47	18,47	27	4,98	18,47	0,15	0,89	
0607	CONTRIB SERV. LUM. PUBLICA			10,03	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	

Cod	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor Base	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
0601	Consumo em kWh	253,000	0,007770	204,36	204,36	27	56,16	204,36	1,04	7,59	
0601	Adc. B. Vermelha			18,47	18,47	27	4,98	18,47	0,15	0,89	
0607	CONTRIB SERV. LUM. PUBLICA			10,03	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	

Cod	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor Base	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
0601	Consumo em kWh	253,000	0,007770	204,36	204,36	27	56,16	204,36	1,04	7,59	
0601	Adc. B. Vermelha			18,47	18,47	27	4,98	18,47	0,15	0,89	
0607	CONTRIB SERV. LUM. PUBLICA			10,03	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	

Cod	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor Base	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
0601	Consumo em kWh	253,000	0,007770	204,36	204,36	27	56,16	204,36	1,04	7,59	
0601	Adc. B. Vermelha			18,47	18,47	27	4,98	18,47	0,15	0,89	
0607	CONTRIB SERV. LUM. PUBLICA			10,03	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	

Cod	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor Base	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
0601	Consumo em kWh	253,000	0,007770	204,36	204,36	27	56,16	204,36	1,04	7,59	
0601	Adc. B. Vermelha			18,47	18,47	27	4,98	18,47	0,15	0,89	
0607	CONTRIB SERV. LUM. PUBLICA			10,03	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	

Cod	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor Base	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
0601	Consumo em kWh	253,000	0,007770	204,36	204,36	27	56,16	204,36	1,04	7,59	
0601	Adc. B. Vermelha			18,47	18,47	27	4,98	18,47	0,15	0,89	
0607	CONTRIB SERV. LUM. PUBLICA			10,03	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	

Cod	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor Base	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
0601	Consumo em kWh	253,000	0,007770	204,36	204,36	27	56,16	204,36	1,04	7,59	
0601	Adc. B. Vermelha			18,47	18,47	27	4,98	18,47	0,15	0,89	
0607	CONTRIB SERV. LUM. PUBLICA			10,03	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	

Cod	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor Base	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
0601	Consumo em kWh	253,000	0,007770	204,36	204,36	27	56,16	204,36	1,04	7,59	
0601	Adc. B. Vermelha			18,47	18,47	27	4,98	18,47	0,15	0,89	
0607	CONTRIB SERV. LUM. PUBLICA			10,03	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	

Cod	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor Base	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
0601	Consumo em kWh	253,000	0,007770	204,36	204,36	27	56,16	204,36	1,04	7,59	
0601	Adc. B. Vermelha			18,47	18,47	27	4,98	18,47	0,15	0,89	
0607	CONTRIB SERV. LUM. PUBLICA			10,03	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	

Cod	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor Base	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
0601	Consumo em kWh	253,000	0,007770	204,36	204,36	27	56,16	204,36	1,04	7,59	
0601	Adc. B. Vermelha			18,47	18,47	27	4,98	18,47	0,15	0,89	
0607	CONTRIB SERV. LUM. PUBLICA			10,03	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	





COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

70128499

REFERÊNCIA

OUT/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

GERLANDO PEREIRA DA SILVA
RUA ROMUALDO ROLIM, 122 - APTO 103.BLA - GRAMAME
JOÃO PESSOA PB 58067-215

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
001.093.655.0310.103	103	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
YUX162131	18/11/2011	EXT LACR	LIGADO	POTENCIAL		
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (H3) NUM DE DIAS PROXIMA LEITURA						
456	459	3	29	01/11/2018		
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO-20 PORT. 05/2017 MS.						
SET/2018	3	PARÂMETROS EXIG.		ANÁLIS.	CONFORMES	
AGO/2018	4	TURBIDZ		268	366	363
JUL/2018	2	CLORO		268	367	364
JUN/2018	6	COL.TERMOT		0	0	0
MAI/2018	7	COR		73	128	126
ABR/2018	12	COL.TOTAIS		268	367	367
MEDIA(H)	5	DADOS REFERENTES A: AGO/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 02/10/2018 HORA DA IMPRESSÃO: 09:41:06

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	3 H3	37,91
CONSUMO DE ÁGUA		
ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 16/10/2018 Total a Pagar: R\$ 37,91



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

SR. USUÁRIO: EM 31/08/2018, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DÉBITO. COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO JÁ HÁ PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.



CAGEPA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
70128499	OUT/2018	16/10/2018	R\$ 37,91

82610000000 7 37910010001 3 07012849901 2 10201890003 9



COMPREV
06 NOV. 2018
PROCOLO
AG. JOÃO PESSOA



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 das 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 de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu João Paulo Pereira da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.014.944 / 86 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Carneiro de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.498.544 / 88, do sinistro de DPVAT cobertura Lucalidez da vítima João Carneiro de Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.498.544 / 88, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder DPVAT residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Romualdo Rolin</u>		Número <u>122</u>	Complemento <u>Ap 103/BL A</u>
Bairro <u>Guamama</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58064-215</u>
E-mail <u>joaopereiraasilva@gmail.com</u>		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(83) 99171-0354</u>

João Paulo, 26 de Outubro de 2018
Local e Data

João Paulo Pereira da Silva





CERTIDÃO

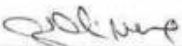
Nº. 0451/2018

Atendendo solicitação de **JOÃO CARNEIRO DE OLIVEIRA** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial N°93706 e Prontuário N° 2018.01.001511, pertencentes ao requerente que foi atendido dia 11/01/2018 às 17H47min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tíbia direita. Realizado procedimentos cirúrgicos dias 16 e 31/01/2018 com alta médica dia 01/02/2018.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 02 de Abril de 2018


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 93706 Atd: Nao Regulado
Data: 11/01/2018
Hora: 17:47:57
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE ARAU
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: JOAO CARNEIRO DE OLIVEIRA

Num. Prontuario: 2018.01.001511

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 4324569 Fone: 988399102

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 28/02/1974 Id: 43 ano(s)

End.: RUA JOAO CAROLINO DE OLIVEIRA, 118

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: LUCIA MARIA DE OLIVEIRA

Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: SOLDADOR

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: JOAO CARNEIRO DE OLIVEIRA

Tel/Doc. Responsavel: 988399102 / IDENTIDADE: 4324569

Endencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: ACIDENTE DE MOTO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Lesão no tórax trauma em M.I.D.

Diagnostico

Trauma em M.I.D.

Conduta

*Rx
abdominal
Alta do L.R.*

Prescrição

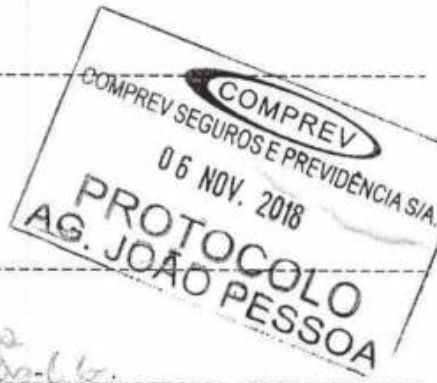
Tratamento de Pulmão

Horario da medicacao

Filipe

em: Felipe Botto

*Felipe Botto
Médico
CRM 100000*



*COMPREV
SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
06 NOV. 2018*



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

<input type="checkbox"/> Residencia	<input type="checkbox"/> Transferido	<input type="checkbox"/> Desistencia	<input type="checkbox"/> UTI
<input type="checkbox"/> Alta a pedido	<input type="checkbox"/> Enfermaria	Obito: <input type="checkbox"/> Atestado	<input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> IML

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
06 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- (1) Paciente em DTA sob anestesia
- (2) Anestesia + antibioticos
- (3) Assepsia de campos estéril

Incisão: (4) Incisão ponti fânea para abertura de furo de fixação

Achados: (5) Fratura de pilão fibular

Conduta: (6) Redução + fixação + aplicação de fixador em
unidade para fixação de pilão fibular em Delta.
(7) Lavagem com sol. fisiológica 0,9%

Fechamento: (8) Suturas cutâneas com gaze estéril
(9) Oclusão de curativo

OBS:

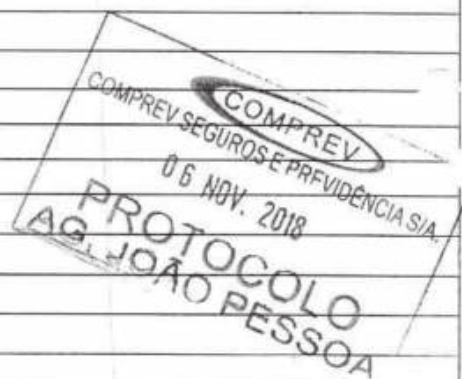
Data: 16/12/18

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
<i>Paciente em decúbito dorsal sob anestesia</i>
<i>Assepsia + Antissepsia</i>
<i>Aposição de campos cirúrgicos estéreis</i>
Incisão:
<i>Incisão em 1/3 distal da perna lateral e medial</i>
<i>Dissecção por planos</i>
Achados:
<i>Visualização de foco de fratura da tibia distal e maléolo lateral dir</i>
Conduta:
<i>Realizada manobra de redução sob uso de intensificador de imagem do maléolo lateral dir</i>
<i>Aposição de 1/3 de cano 08 furos + 05 parafusos corticais + 02 esponjosos em maléolo lateral</i>
<i>Aposição de placa em L 04 furos em face lateral esquerda da tibia direita com 03 parafusos corticais + 01 parafuso esponjoso</i>
<i>Aposição de placa em L 05 furos em face medial da tibia direita com 03 parafusos corticais + 01 esponjoso</i>
<i>Limpeza exhaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%</i>
<i>Realizado RX controle</i>
Fechamento:
<i>Fechamento de planos</i>
<i>Curativo</i>
<i>Tala tipo bota</i>
OBS:



[Assinatura]
Dr. Suelio Moreira Torres

Data: 31 / 01 / 2018

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JOAO CARNEIRO DE OLIVEIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
4324569 SSP PE

CPF
020.798.544-88 DATA NASCIMENTO
28/02/1974

FILIAÇÃO
LUCIA MARIA DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACB

ACC
AB

CADABR
AB

Nº REGISTRO
05294542544

VALIDADE
07/04/2021

1ª HABILITAÇÃO
05/09/2011

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
08/04/2016

ASSINATURA DO EMISSOR

95814417611
PB032424418

DETRAN - PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1280562398

PROIBIDO PLASTIFICAR
1280562398

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
06 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013748751078
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 00191550647 R.N.T.R.C. 007000000001 EXERCÍCIO 2017

NOME ZULMIRA DA SILVA DUTRA

CPF/CNPJ 20418132453 PLACA NQH7950/PB

PLACA ANT./LUF NOVO PB 9C2KC1550AR043755 CHASSI

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2010

CAP/POT/CIL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000 VENC. COTAS 1º

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 31/10/2017

OBSERVAÇÕES

A.E.B. DOCUMENTO DE PÔRTE OBRIGATORIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

JOAO PESSOA LOCAL DATA 31/10/2017

38903



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 18:17:21

1571

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

PB Nº 013748751078 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 31/10/2017

VIA 1 CPF/CNPJ 20418132453 PLACA NQH7950/PB

RENAVAM 00191550647 MARCA/MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB. 2009 CAT. TAR. 9 Nº CHASSI 9C2KC1550AR043755

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAG. PELO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

S COTA ÚNICA PARCELADO 31/10/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

1571-1405491-20171031



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
05 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180522712 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO CARNEIRO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 11/01/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PILÃO TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI.P.236





Zulmira da Silva Dutra

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 175.231-2ª via DATA EXPEDIENTE 05 MAR 2004

NOME ZULMIRA DA SILVA DUTRA

FILIAÇÃO Artur Ludugero da Silva
Maria José da Silva

NATURALIDADE João Pessoa-PB DATA DE NASCIMENTO 04.06.1941

Cert.Casam.nº 31.092, fls. 254, Liv. B

DOC ORIGEM 149, 1ª Cart. de João Pessoa-PB

CPF 204.181.324-53

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Proprietária do veículo

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

06 NOV. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



JOSE PEREIRA DUTRA
RUA JOAO CAROLINO DE OLIVEIRA, 116 - MANABERA
JOAO PESSOA/PB CEP: 58065-320 (AQ: 1)



Emissão: 18/09/2018 Referência: Set/2018

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Classif/Subclif: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICO R/230 Km28 - Centro Redenfor-João Pessoa/PB - CEP:58071-680
Roteiro: 10 - S - 2-3 - 3420 Nº medidor: 00000192517 CNPJ:09.086.733/0001-43 Insc. Est: 18.016.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 012.513.093
Cód. para Dtb. Automatize: 00003229721

Set/2018

18/09/2018

18/10/2018

440.537,410-4

Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/322972-1

Data	Leitura	Data	Leitura			
20/09/18	83664	18/09/18	83617	1	253	29
Consumo em kWh						
Tarifas						
Tributos						
Lançamentos e Serviços						
0901	Consumo em kWh	253,000	0,857770	204,38	204,38	27
0901	A.d.c.B. Vermelha	18,47	18,47	27	4,98	18,47
0907	CONTRE SERV. LUM. PUBLICA	10,00	0,00	0	0,00	0,00
TOTAL						
CCL Código de Classificação do Rem						
TOTAL						

Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO
11/10/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 232,86

256 | 268 | 270 | 256 | 318 | 295 | 334 | 312 | 256 | 313 | 272 | 288
Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18

RESERVADO AO FISCO

3a6e.be79.6638.c1bb.5eab.ad88.6ffd.9bc3

Composição do Consumo			
Discriminação	Valor (R\$)	%	
Serviço de Dist. de Energia/PB	49,78	21,38	
Compra de Energia	83,30	35,77	
Serviço de Transmissão	7,34	3,12	
Encargos Setoriais	11,78	5,06	
Impostos Diretos e Encargos	80,26	34,47	
Outros Serviços	0,00	0,00	
Total	232,86	100,00	
Valor do EUSC (Ref. 7/2018) R\$ 72,09			

Requisito: T-1-Vene-Vigência De C-18-Res. ANEEL nº 3 de 2016, Dentre Outras.

ATENÇÃO

Faturas em atraso

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
05 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 18:17:21

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110318172018700000034566637>

Número do documento: 20110318172018700000034566637

Num. 36202000 - Pág. 18

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:
João Carneiro de Oliveira
 brasileiro(a), estado civil casado profissão Soldado
 CI RG nº 4324569
 CPF/MF nº 020 798 544-88, residente e domiciliado(a) à Rua João Carneiro de Oliveira Nº 118 - Mangabeira
 Cidade de João Pessoa Estado Paraíba
 CEP: 58055-320 telefone (83) 99855-2442, (83) 99171-0357.

OUTORGADO: Gerlando Pereira da Silva, CPF spb nº 008.014.944-86 e RG sob nº 2455450 SSDS/PB, com endereço cito à Rua: Com. Alfredo Ferreira da Rocha nº 2335, Bairro Mangabeira II na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 06 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 26 de outubro de 2018.

João Carneiro de Oliveira
 OUTORGANTE

CARTÓRIO
MEIRA BATISTA

SERVIÇO NOTARIAL MEIRA BATISTA 2º OFÍCIO DISTRICTAL
 Bel. Rômulo Vieira Batista - Titular / Bel. Rômulo Vieira Batista - Substituto
 Rua: Mangabeira II, nº 2335 - João Pessoa - PB
 CEP: 58055-320 - Fone: (83) 3333-1111 - Fax: (83) 3333-1112
 E-mail: rbatista@meirabatista.com.br
 Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) assinatura(s) de:
 JOAO CARNEIRO DE OLIVEIRA
 Em test. da verdade. João Pessoa - PB 26/10/2018 10:12:35
 Maricleide Alexandre da Silva Moraes - SSP/REVENTE AUTO
 [2018-027804] ENOL: R\$ 19,48 FARPEN: R\$ 1,70 ISS: R\$ 0,47
 SELD DIGITAL: AH073362-2Y6C
 Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0403949/18

Vítima: JOAO CARNEIRO DE OLIVEIRA

CPF: 020.798.544-88

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 11/01/2018

Titular do CPF: JOAO CARNEIRO DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GERLANDO PEREIRA DA SILVA : 008.014.944-86

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

JOAO CARNEIRO DE OLIVEIRA : 020.798.544-88

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: 06/11/2018
Nome: GERLANDO PEREIRA DA SILVA
CPF: 008.014.944-86

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/11/2018
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

GERLANDO PEREIRA DA SILVA

MARCELA DO CARMO DE LIMA



Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **JOAO CARNEIRO DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180522712**

Vítima: **JOAO CARNEIRO DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **11/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **GERLANDO PEREIRA DA SILVA**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180522712**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13569674

Pag. 01175/01176 - carta_01 - INVALIDEZ



00020588





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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 020.498.544-88	Nome completo da vítima João Carneiro de Oliveira
---------------------------	---------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo João Carneiro de Oliveira	CPF titular da conta 020.498.544-88	Profissão Soldador
Endereço Rua João Carneiro de Oliveira	Número 118	Complemento 1
Bairro Nogueira	Cidade João Pessoa	Estado PB
Email joao.carneiro.pereira@gmail.com	CEP 58055-320	Telefone (DDD) 133/99855-2442

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		
AGÊNCIA NRO. 4915	D/V	CONTA NRO. 12345
D/V 6		
(Informar dígito se existir)		
<input type="checkbox"/> 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.

João Pessoa, 05 de Novembro de 2018
Local e Data

x João Carneiro de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

