

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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, Maria José Serapim Gomes

PORTADOR(A) DO RG Nº 2090464

EXPEDIDO POR

SSP/IB

EM 22/06/94 E

CPF 035759954-35 /CNPJ _____

PROFISSÃO agricultora

E RENDA MENSAL DE R\$ 1,5M (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Maria J. Serapim Gomes, 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 dados 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 (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 Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação da proposta de abertura de conta – em vigor desde o comprobante 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 em uma 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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1033 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 51052-6

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 QUIABO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

J. Lessa 18 de Setembro de 2017 Maria José Serapim Gomes
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago aos dependentes do beneficiário, 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.dpvatseguradora.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria José Serapim Gomes

RG nº 2899404, data de expedição 22/06/94, Órgão SSP/PB

CPF nº 035759954-35 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 Variador Lado Costa Gaudim</u>
Número	<u>511</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Duas Estradas - PB</u>
Estado	<u>Paraíba - PB</u>
CEP	<u>58265000</u>
Telefone de Contato	<u>991986608</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Assinatura 18 de Setembro de 2017

Assinatura do Declarante: Maria José Serapim Gomes



Indicadores de Qualidade		Limites Apurados (V)		Limites de Tensão	
QCM	12,22	0,00	0,00	LIMITE SUPERIOR	231
QMC	4,31	0,00	0,00	LIMITE INFERIOR	220
QCMANUAL	14,20			CONTRAFADA	
QCMANUAL	1,10				
QCMANUAL	3,55				
QCMANUAL	30,65				
QCMANUAL	15,32				
QCMANUAL	1,88				
QCMANUAL	1,88				

Valor de EUSD (R\$) 6/2017 R\$ 62,18

5767.b706.ead2.c3fc.244d.cc11.114f.ab96

5767.b706.ead2.c3fc.244d.cc11.114f.ab96

5767.b706.ead2.c3fc.244d.cc11.114f.ab96

5767.b706.ead2.c3fc.244d.cc11.114f.ab96

5767.b706.ead2.c3fc.244d.cc11.114f.ab96

5767.b706.ead2.c3fc.244d.cc11.114f.ab96

5767.b706.ead2.c3fc.244d.cc11.114f.ab96

5767.b706.ead2.c3fc.244d.cc11.114f.ab96

5767.b706.ead2.c3fc.244d.cc11.114f.ab96

5767.b706.ead2.c3fc.244d.cc11.114f.ab96

5767.b706.ead2.c3fc.244d.cc11.114f.ab96

5767.b706.ead2.c3fc.244d.cc11.114f.ab96

5767.b706.ead2.c3fc.244d.cc11.114f.ab96

5767.b706.ead2.c3fc.244d.cc11.114f.ab96

5767.b706.ead2.c3fc.244d.cc11.114f.ab96

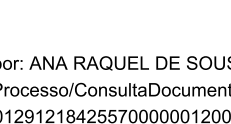
5767.b706.ead2.c3fc.244d.cc11.114f.ab96

5767.b706.ead2.c3fc.244d.cc11.114f.ab96

5767.b706.ead2.c3fc.244d.cc11.114f.ab96

5767.b706.ead2.c3fc.244d.cc11.114f.ab96

5767.b706.ead2.c3fc.244d.cc11.114f.ab96





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01653.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01653.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:20 horas do dia 13 de setembro de 2017, 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 Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **Maria Jose Sarafim Gomes**, CPF nº 035.759.954-35, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Agricultora, filho(a) de Maria de Fatima Gomes e Joao Serafim Gomes, natural de Duas Estradas/PB, nascido(a) em 08/08/1973 (44 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Vereador Jader Gosta Gondim, complemento casa, bairro Centro, tendo como ponto de referência Cemiterio, na cidade de Duas Estradas/PB, telefone(s) para contato (83) 99198-6608.

Dados do(s) Fatos:

Local: Ladeira Que Dá Acesso Ao Cristo, Outros, Duas Estradas/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 03/11/16 12:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE VINHA DE GARUPA NA MOTOCICLETA HONDA CG ANO 2003, DE COR VERMELHA, DE PLACAS MMS-6743-PB, CHASSI Nº 9C2JC30213R633449, EM NOME DE JOÃO SERAFIM GOMES E CONDUZIDO PELO MESMO QUANDO CAÍRAM DA REFERIDA MOTOCICLETA, SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSE DE ARIMATEIA BRAGA CRM PB 2329, DATADO DE 30/03/2017.

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, 13 de setembro de 2017.


CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigação


MARIA JOSE SARAFIM GOMES
Noticiante

Procedimento Policial: 01653.01.2017.1.00.420



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Maria José Serafim Gomes, portador da carteira de identidade nº 2099404 e inscrito no CPF/ME sob o nº 035759954-35, residente e domiciliado na Rua Vir:lande Costa Gaudim s/n Centro Cidade DMS Estadas, Estado Paraná, 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:

- (~~A~~) 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.

Maria José Serafim Gomes

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

1. Pessoa 18 de Setembro de 2017

Local e data





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE MARIA JOSE SERAFIM GOMES

DATA DE NASCIMENTO 08/08/73

NOME DA MÃE MARIA DE FATIMA GOMES

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 958.729

DATA DO ATENDIMENTO 03/11/16

HORA DO ATENDIMENTO 15:45

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA

CID 10 S42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, consciente e orientada, Glasgow 15, Aparelho cardiovascular sem alterações. Presença de sinais de enfisema subcutâneo. Abdomen sem alterações. Glasgow 15. TC de torax, se, sinais de fraturas. Apresenta dor e limitação funcional em ombro direito. Presença de fratura de clavícula direita.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TRATAMENTO:

Imobilização com tipoia.

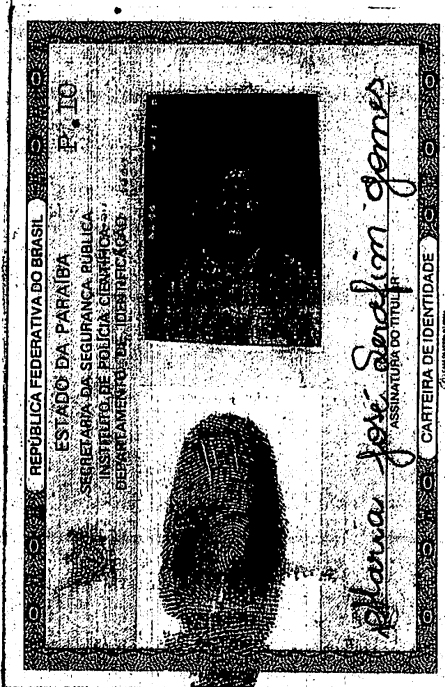
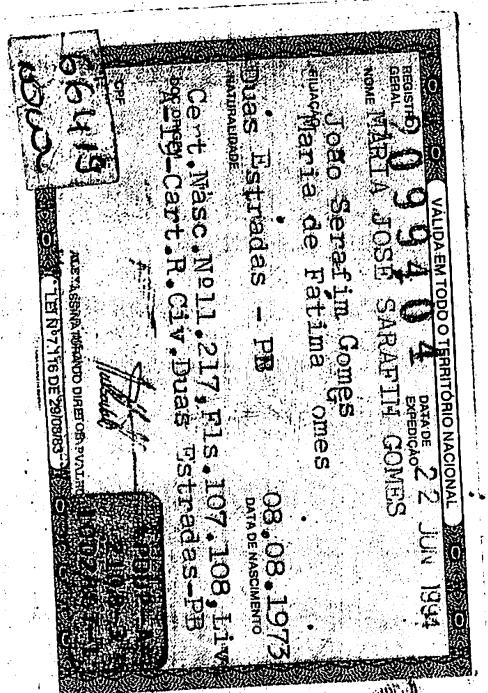
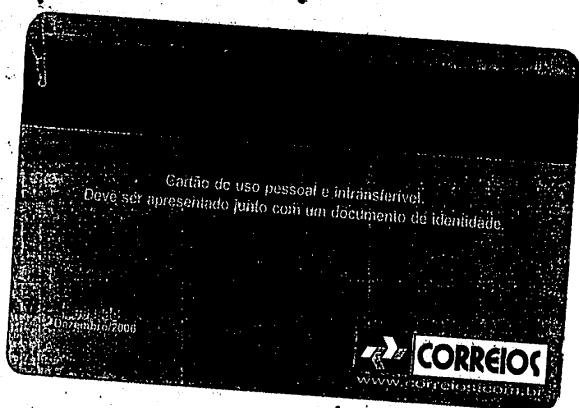
ALTA HOSPITALAR: 04/11/16

DATA DA EMISSÃO: 30/03/17

DR. JOSÉ ALMEIDA BRAGA
MÉDICO CVB/HEE/PA
CRM 2329
Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: MARIA JOSÉ SERAFIM GOMES

Qualificação: Advogada

CPF/MF: 035759954-35 RG: 2099404-SSP/PB

Endereço: R. Ver. Geden Costa Gondim, Bento
Duas Estradas - PB

OUTORGADOS: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968, todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 20(vinte por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

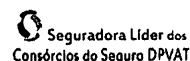
Declara ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA.

João Pessoa – PB, 6 de setembro de 2017.

Maria José Serafim Gomes
Outorgante



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434562/17
Vítima: MARIA JOSE SERAFIM GOMES
CPF: 035.759.954-35

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 03/11/2016
Titular do CPF: MARIA JOSE SERAFIM GOMES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARIA JOSE SERAFIM GOMES : 035.759.954-35

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/11/2017
Nome: MARIA JOSE SERAFIM GOMES
CPF/CNPJ: 035.759.954-35

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/11/2017
Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa
CPF: 423.820.764-53

MARIA JOSE SERAFIM GOMES

Sandra Maria Accioly Pedrosa



Nº do Processo: 0805601-44.2018.8.15.2001
Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM (7)
Assuntos: [SEGURO]
AUTOR: MARIA JOSE SERAFIM GOMES
RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A