



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 Serafim Gomes

PORTADOR(A) DO RG Nº 20904604 EXPEDIDO POR

CPF 03575995435 /CNPJ 12.345.678/0001-01

SSP/PR

EM 22/06/94 E

PROFISSÃO agricultora

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.500 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Maria José Serafim 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 ao menos documentos de identificação, previsão de 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 MF (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 Lotáticas 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 da conta – é necessário 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 em sua conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informações de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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 DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMUQUIADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO

1. Ressoa 18 de Setembro de 2017 Maria José Serafim 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 para beneficiários que receberem a indenização, 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.dpvatsegurador.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204





Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 29/01/2018 12:19:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18012912184255700000012002911>
Número do documento: 18012912184255700000012002911

Num. 12277936 - Pág. 2

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria José Serafim Gomes,
RG nº 209941041, 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 Vereador Jader Costa Gomes</u>
Número	<u>510</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: 18 de Setembro de 2017

Assinatura do Declarante: Maria José Serafim Gomes





Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 29/01/2018 12:19:07
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1801291218425570000012002911>
Número do documento: 1801291218425570000012002911

Num. 12277936 - Pág. 4

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:

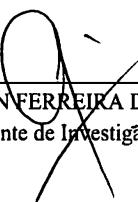
Local: Ladeira Que Dá Acesso Ao Cristo, Outros, Duas Estradas/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 03/11/16 12:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

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 SOCORRIDO 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

1/1



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Maria José Serafim Gomes, portador da carteira de identidade nº 2099404 e inscrito no CPF/MF sob o nº 035759954-35, residente e domiciliado na Rua Vinte e Tres de Maio, 1000 Centro, Cidade Dias Estrelas, Estado Pernambuco, 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.

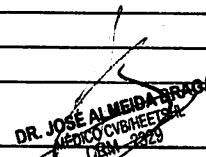
Maria José Serafim Gomes

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

18 de Setembro de 2017

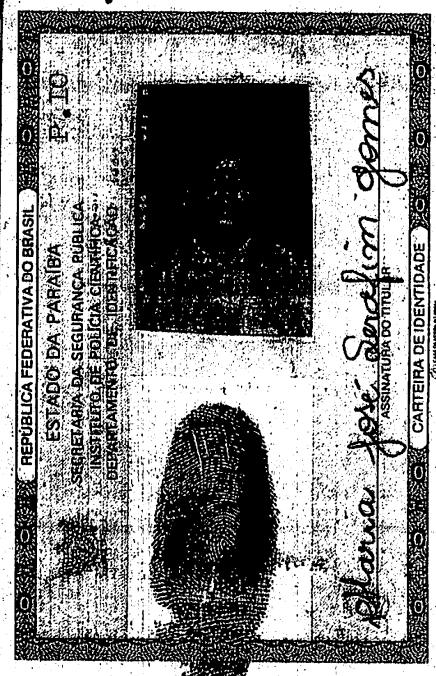
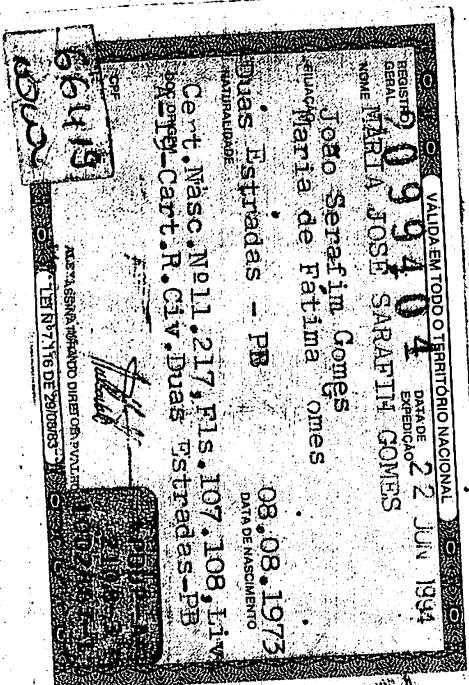
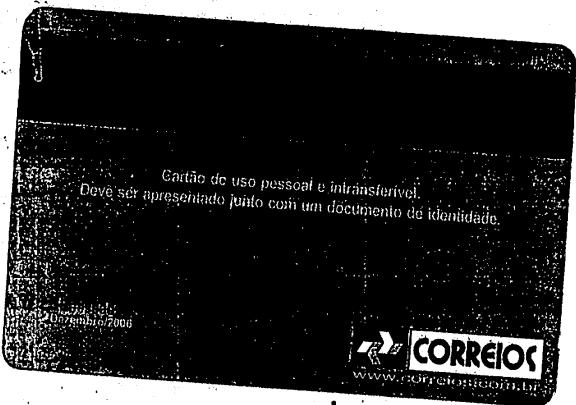
Local e data



	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 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: Juiz(a)

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

Endereço: R. Ver. Jardim Borda 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:

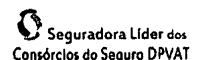
Declara ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA.

João Pessoa - PB, 6 de Julho 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 médica-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



**Poder Judiciário da Paraíba
10ª Vara Cível de João Pessoa-PB
Av. João Machado, s/n, Centro, JOÃO PESSOA - PB**

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

Despacho

Vistos, etc.

Defiro o benefício da justiça gratuita em favor da parte autora, o que faço com fulcro no art. 98 do CPC.

A experiência tem demonstrado que, em casos como o presente, a seguradora ré não costuma firmar acordos antes da realização da perícia médica necessária ao deslinde do feito, o que torna a conciliação improvável, ao menos por ora. Assim, deixo de designar audiência de tentativa de conciliação prevista no art. 344 do CPC.

Cite-se, pois, a parte ré, pela via postal, para, no prazo de 15 (quinze) dias, querendo, apresentar contestação, sob pena de ser considerada revel e presumirem-se verdadeiras as alegações de fato formuladas pela autora (art. 344 do CPC).

Apresentada defesa, intime-se a parte autora, na pessoa de seu advogado, para, no prazo de 15 (quinze) dias, querendo, oferecer réplica à contestação.

João Pessoa, 03 de maio de 2018.

*Ricardo
Juiz de Direito* da Silveira Brito
Silveira Brito
Brito

