



Número: **0861143-81.2017.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/12/2017**

Valor da causa: **R\$ 3.375,00**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE AUGUSTO DE LIMA FERREIRA (AUTOR)		MARCILIO FERREIRA DE MORAIS (ADVOGADO) LIBNI DIEGO PEREIRA DE SOUSA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36192020	03/11/2020 15:58	Petição	Petição
36192025	03/11/2020 15:58	2658872_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos
36192026	03/11/2020 15:58	2658872_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos

ANEXO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08611438120178152001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE AUGUSTO DE LIMA FERREIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente. Assim, supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à INVALIDEZ PERMANENTE.

Em que pese o caráter social do Seguro Obrigatório DPVAT, o beneficiário legal da indenização tem que, necessariamente, preencher os requisitos legais para recebimento do referido seguro.

Após a análise da documentação fornecida pelo beneficiário legal da indenização é de suma importância, a fim de concluir se o sinistro é indenizável ou não, cumprindo ressaltar que o Seguro Obrigatório DPVAT é alvo dos mais diversos tipos de fraude.

Neste sentido, o sinistro foi cancelado administrativamente, tendo em vista que a parte não cumpriu as exigências da Lei que regula a matéria.

Noutro giro, após a nomeação de perito as partes apresentaram quesitos para que fosse verificado qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada.

Nota-se que o i. perito utilizou os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidirá a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixada o quantum indenizatório.

Assim, requer que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo EXPERT PERITO.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 29 de outubro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 15:58:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110315585350100000034557488>
Número do documento: 20110315585350100000034557488

Rio de Janeiro, 04 de Maio de 2016

Carta nº: 9038626

A/C: JOSE AUGUSTO DE LIMA FERREIRA

Sinistro: 3160273034 ASL-0859011/16
Vitima: JOSE AUGUSTO DE LIMA FERREIRA
Data Acidente: 06/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: SIMONE CRISTINA RICARDO HARA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01527/01528 - carta_01



Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2016

Carta nº 10245557

a/c: JOSE AUGUSTO DE LIMA FERREIRA

Sinistro: 3160273034 ASL-0859011/16
Vitima: JOSE AUGUSTO DE LIMA FERREIRA
Data Acidente: 06/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: SIMONE CRISTINA RICARDO HARA

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01235/01236 - carta_16





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1 "T1%"



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, João Pereira Augusto da Sampaio Ferreira
 PORTADOR(A) DO RG Nº 30913.034 EXPEDIDO POR SSDS-PR EM 07/10/10 E
 CPF 109489189-83 (CNPJ) 00000000-0000-00, PROFISSÃO Agricultor
 E RENDA MENSAL DE R\$ R\$ 800,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA O mesmo nome, 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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO 109 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0922 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 02011138-9

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.

João Pereira 18 de Dezembro de 2015. João Augusto da Sampaio Ferreira
 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 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.dpvat.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

ARUANA SEGUROS

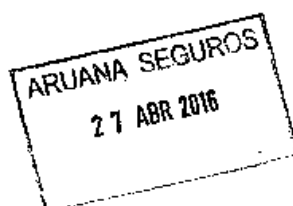
27 ABR 2016



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 15:58:58

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110315585616500000034557489>

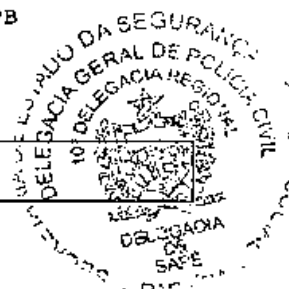
Número do documento: 20110315585616500000034557489





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA DA COMARCA DE SAPE/PB
TELEFONE: 3283-5949

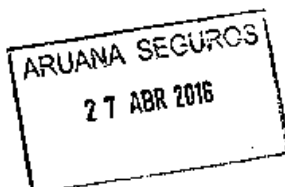
NATUREZA DA OCORRENCIA: ACIDENTE DE MOTOCICLETA



REGISTRO DE OCORRÊNCIA nº 525/2016

Aos seis (06) dias do mês de Abril do ano de dois mil e dezesseis, nesta cidade de Sapé/PB, e nesta Delegacia de Polícia Civil, presente o Delegado de Polícia Civil, **Dr. FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHÃES**, juntamente comigo, escrivão de seu cargo, aí por volta das 13:10 hs, compareceu **JOSE AUGUSTO DE LIMA FERREIRA**, brasileiro, solteiro, natural de Sapé/pB, 23 anos, nascido em 06/12/1992, filho de Severino Barbosa Ferreira e de Aurea Paula de Lima Ferreira, RG. 3.913.034/PB, pintor, ensino fundamental, residente no Sítio Campo Grande, zona rural de Sobrado/PB. O QUAL PRESTOU A SEGUINTE OCORRÊNCIA: QUE no dia 06/12/2015, por volta das 19:27 hs, estava conduzindo a moto HONDA CG 150 TIATN EX, PLACA OGE-9825/PB, DE COR PRETA, CHASSI 9C2KC1660ER006045, nas imediações da zona rural de Areia Vermelha, quando um veículo lhe trancou e no instante para evitar o pior o noticiante direcionou a moto para a ribanceira, ao cair fraturou a clavícula esquerda, que foi socorrido por populares para o Hospital Sá Andrade em Sapé e após encaminhado ao Hospital de Traumas em João Pessoa. Conforme Laudo MÉDICO em anexo. Diante do exposto notificou o fato. Ciente o notificante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscreve o presente.


NOTICIANTE



104512



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, João Augusto de Lima Ferreira, portador da carteira de identidade nº 3.913.034 e inscrito no CPF/MF sob o nº 104.989.184-83, residente e domiciliado na Sítio Campos Grande II, S/N, Arua Rural, Cap: 58.348-000, Cidade Serra Verde, Estado PR, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) 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.

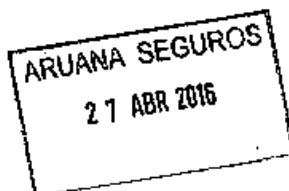


João Augusto de Lima Ferreira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

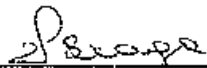
João Pessoa, 18 de Dezembro, de 2015.

Local e data

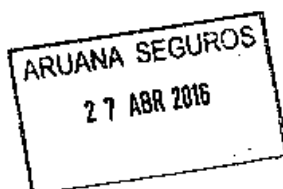


DOCUMENTO 2 "T24"

COMPROVANTE DE
ATO DECLARATÓRIO

		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	JOSE AUGUSTO DE LIMA FERREIRA		
DATA DE NASCIMENTO	06/12/92		
NOME DA MÃE	AUREA PAULA DE LIMA FERREIRA		
DADOS EXTRAÍDOS			
BOLETIM DE ENTRADA N.º	885.133		
PRONTUÁRIO N.º	XXXXXXXXXXXXXXXXXX		
DATA DO ATENDIMENTO	06/12/15		
HORA DO ATENDIMENTO	21:00		
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTO		
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA		
CID 10	V 29 + S 42.0.0		
AVALIAÇÃO INICIAL:			
PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, ENCAMINHADO POR SERVIÇO DE SAÚDE DE SOBRADO, EM USO DE CAPACETE (SIC), COM QUEIXA DE DOR EM REGIÃO CLAVICULAR ESQUERDA, COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS. GLASGOW 15.			
EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:			
RX DE CLAVÍCULA ESQUERDA- FRATURA NA CLAVÍCULA ESQUERDA.			
TRATAMENTO			
PACIENTE AVALIADO POR CIR. GERAL + COT + IMOBILIZAÇÃO EM CLAVÍCULA ESQUERDA COM VELPEAU GESSADO.			
ALTA HOSPITALAR:	06/12/2015		
DATA DA EMISSÃO:	03/02/2016		
			 Dr. Joacila Braga Brandão CRM: 1741/PB

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



DOCUMENTO 2 "T24"



AUREA PAULA DE LIMA FERREIRA
S/N CAMPO GRANDE R. S/N. APCA (RUA)
SOBRADO/PB CEP 58400-910

Classificação: RURAL / RURAL RESIDENCIAL MONOFASICO
RPPRO 4 - 284 - 761 - 5530
APM 0008446318

Referência: 10/11/2015
Emissão: 10/11/2015

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 700, 1º AND. - Centro Administrativo - João Pessoa/PB - CEP 58071-000
CNPJ 00.026.182/0001-40 - Insc. Est. 15.015.823-0

Nota Fiscal Conto de Energia Elétrica Nº 000.248.945
Código para Débito Automático: 0000311768

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800.083.0196 Acesso: www.energisa.com.br

7.370.5540.1271 - LDB 1 - BULL 0150 - 06/12/2015

Conta referente a: **CDC (Código do Consumidor): 5/311768-6**

Nov / 2015

Canal de contato

Apresentação

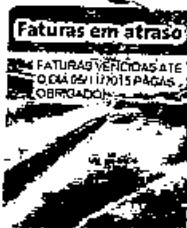
10/11/2015

Data prevista da
próxima leitura

09/12/2015

CPF/CNPJ RAN

#101201441



Histórico de Consumo
(kWh)

Out15	83
Set15	102
Ago15	102
Jul15	83
Jun15	108
Mai15	102
Abr15	88
Mar15	101
Fev15	85
Jan15	108
Dez14	83
Nov14	88

Média dos últimos meses:
98 kWh

Cálculo de consumo

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
----------	-------	-----------	---------	------

Data	Leitura	Data	Leitura	
------	---------	------	---------	--

09/11/15	3/85	10/11/15	2030	1
----------	------	----------	------	---

				125	22
--	--	--	--	-----	----

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
-----------	------------	-------	-------------

Consumo em kWh	125	0,28772	36,01
----------------	-----	---------	-------

Adic. 6 Vermelho			8,97
------------------	--	--	------

IMPOSTOS E ENCARGOS			
---------------------	--	--	--

PS			0,57
----	--	--	------

COFINS			2,68
--------	--	--	------

ICMS (Base de Cálculo R\$ 67,08 Alíquota 75,00%)			21,81
--	--	--	-------

VENCIMENTO

06/12/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 70,72

Indicadores de Qualidade 2015 - Supr

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
OC MENSAL	13,20	5,27
OC TRIMESTRAL	26,34	
OC ANUAL	57,69	
FC MENSAL	8,00	4,00
FC TRIMESTRAL	16,09	
FC ANUAL	32,18	
DVSC	7,20	2,40
DCRI	10,60	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia PS	15,21	21,50
Compra de Energia	24,38	34,45
Serviço de Transmissão	1,13	1,68
Encargos Sociais	4,00	5,64
Impostos, Juros e Encargos	25,14	35,52
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	70,72	100,00

Valor do consumo de Uso do Sistema de Distribuição

ARUANA SEGUROS
27 ABR 2015



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 15:58:58

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110315585616500000034557489

Número do documento: 20110315585616500000034557489

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Augusto do Lima Ferreira

RG nº 3.913.037, data de expedição 07/10/10, Órgão SSDS-PB

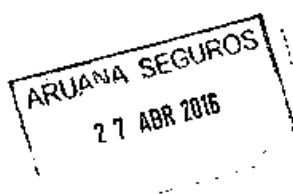
CPF nº 104.989.184-83, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sit. Camões Grande II</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Área Rural</u>
Cidade	<u>Salvador</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58.348-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83)99336-0663/99318-3685</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: José Pessoa, 18 de Dezembro de 2015.

Assinatura do Declarante: José Augusto do Lima Ferreira



DOCUMENTO 1 ~ T1 % ~



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, SIMONE CRISTINA RICARDO HARA,

RG nº 048.032.523-15, data de expedição 27/02/2014, Órgão DETRAN/PR,

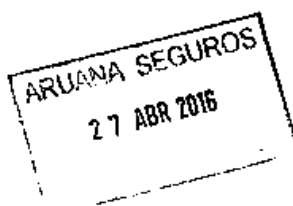
CPF nº 075.400.659-07, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA NEVADA
Número	670
Apto / Complemento	
Bairro	QUEBEC
Cidade	LONDRINA
Estado	PARANÁ
CEP	86060-238
Telefone de Contato	(43) 3031-2323 / (43) 3031-2327
E-mail	

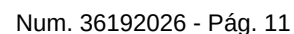
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Londrina 23/04/2016

Assinatura do Declarante: Simone C.R. HARA



ARUANA SEGUROS
27 ABR 2016





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.

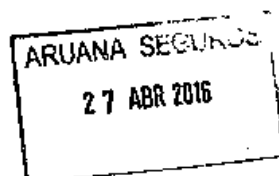
Pelo exposto, eu **SIMONE CRISTINA RICARDO HARA**, portador(a) do RG nº 048.032.523-15, expedido por DETRAN-PR, em 27/02/2014, CPF/CNPJ nº 075.400.659-07, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) João Augusto de Lima Ferreira do sinistro de DPVAT da natureza unilateral da vítima João Augusto de Lima Ferreira, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Auxiliar Administrativo

Renda Mensal: R\$ RECUSOU-SE

Documentos comprobatórios: _____

Simone C.R. Hara
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



DOCUMENTO 4 *T4%*



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	JOSE AUGUSTO DE LIMA FERREIRA
DATA DE NASCIMENTO	06/12/92
NOME DA MÃE	AUREA PAULA DE LIMA FERREIRA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	885.133
PRONTUÁRIO N.º	XXXXXXXXXXXXXXX
DATA DO ATENDIMENTO	06/12/15
HORA DO ATENDIMENTO	21:00
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTO
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA
CID 10	V 29 + S 42.0.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, ENCAMINHADO POR SERVIÇO DE SAÚDE DE SOBRADO, EM USO DE CAPACETE (SIC), COM QUEIXA DE DOR EM REGIÃO CLAVICULAR ESQUERDA, COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS. GLASGOW 15.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE CLAVÍCULA ESQUERDA- FRATURA NA CLAVÍCULA ESQUERDA.

TRATAMENTO

PACIENTE AVALIADO POR CIR. GERAL + COT + IMOBILIZAÇÃO EM CLAVÍCULA ESQUERDA COM VELPEAU GESSADO.

ALTA HOSPITALAR:	06/12/2015
DATA DA EMISSÃO:	03/02/2016

Dr. Joacila Braga Brandão

CRM: 1741/PB

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

ARUANA SEGUROS
27 ABR 2016



DOCUMENTO 5 "T5%"



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.913.034 DATA DE EMISSÃO 07/10/2010

NOME JOSÉ AUGUSTO DE LIMA FERREIRA

FILIAÇÃO SEVERINO BARBOSA FERREIRA AUREA PAULA DE LIMA FERREIRA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO 06/12/1992

SAPÉ-PB DOB NASC. N. 12186 FLS. 179 LIV. A 13

CARTÓRIO PILAR-PB CPF

ASSINATURA DO DIRETOR LEI Nº 7.115 DE 2008/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

06/12/1992

JOSE AUGUSTO DE LIMA FERREIRA

CARTÃO DE IDENTIDADE

Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de inscrição

104.989.184-83

Nome

JOSE AUGUSTO DE LIMA FERREIRA

Nascimento

06/12/1992

ARUANA SEGUROS

27 ABR 2016



18/12/2015

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

BRASIL

Acesso à informação - Barra GovBr



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **104.989.184-83**

Nome da Pessoa Física: **JOSE AUGUSTO DE LIMA FERREIRA**

Data de Nascimento: **06/12/1992**

Situação Cadastral: **REGULAR**

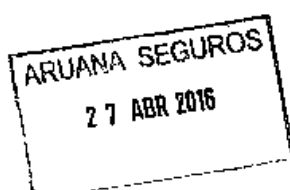
Data da Inscrição: **10/02/2010**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:36:56** do dia **18/12/2015** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **B070.E6A0.73A9.CEE2**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.
(<http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATCTA/cpf/CPFautentic.asp>)



receita.fazenda.gov.br/aplicacoes/atcta/cpf/ConsultaPublicaExibir.asp

1/1





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

VALIA
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
856069372

Nome
SIMONE CRISTINA RICARDO HARA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSÃO / UF
8220553-3 SESP PR

CPF
075.400.659-07

DATA NASCIMENTO
03/10/1990

FILIAÇÃO
SERGIO TOMIO HARA
ROSELI RICARDO HARA

PERMISSÃO
A

ACC
B

CAT. HAB.
B

Nº REGISTRO
04803252315

VALIDADE
26/02/2019

1ª HABILITAÇÃO
09/11/2009

OBSERVAÇÕES
A

Assinatura do Portador
Simone C.R. Hara

LOCAL
LONDRINA, PR

DATA EMISSÃO
27/02/2014

Assinatura do Emissor
JACQUES (RAB)

58823046960
PR906974269

DETRAN-PR (PARANÁ)

PROIBIDO PLASTIFICAR
856069372

ARUANA SEGUROS
27 ABR 2016



ARUANA SEGUROS
27 ABR 2016



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Jose Augusto de Lima Ferreira, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Agricultor, Documento de Identificação RG, nº 3913.1234, data de expedição 07/10/2010, CPF/ME nº 104.989.184-83, residente e domiciliado(a) à Rua Sit. Campo Grande 19, S/N, Rua Rural, Cidade de Solânea, Estado Paraíba, CEP: 58.348-000, Telefone: 43 3031-2323, 43 3031-2327

OUTORGADO: MARCIO RODRIGO CANTONI, CPF sob o nº 017.358.559-01 e RG sob o nº 7.041.403-1, com endereço cito à Rua Nevada, 670, na cidade de Londrina, PR,

OUTORGADO: JOÃO CARLOS THEODOROWICZ, CPF sob o nº 787.533.259-15 e RG sob o nº 5.859.889-5, com endereço cito à Rua Nevada, 670, na cidade de Londrina, PR.

OUTORGADO: SIMONE CRISTINA RICARDO HARA, CPF sob o nº 075.400.659-07 e RG sob o nº 8.220.553-5, com endereço cito à Rua Nevada, 670, na cidade de Londrina, PR.

OUTORGADO: DAVID JUNIOR BRAS DOS REIS, CPF sob o nº 005.829.209-81 e RG sob o nº 8.236.406-4, com endereço cito à Rua Nevada, 670, na cidade de Londrina, PR.

OUTORGADO: FLAVIA FERREIRA DUARTE, CPF sob o nº 066.889.459-83 e RG sob o nº 10.111.047-8, com endereço cito à Rua Nevada, 670, na cidade de Londrina, PR.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para:

Enviar e entregar documentos referente a pedidos de indenizações do Seguro DPVAT junto as Seguradoras credenciadas à Líder em todas as naturezas (INVALIDEZ, ÓBITO e DAMS), receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso e acompanhar o andamento do sinistro, apresentar documentos que por ventura sejam solicitados posteriormente, ser informado sobre a data da perícia com médico credenciado pela Líder, realizar contestações junto à Líder e a SUSEP.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

1 Solânea, 28 de Dezembro de 20 15.

Jose Augusto de Lima Ferreira
OUTORGANTE

DOCUMENTO 4 "T4"b



CARTÓRIO FELICIANO DA SILVA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
ÚNICO OFÍCIO

At: Cartório Único Para Coaraci, Sape, CEP: 58340-000 - Sape - Paraíba - Brasil. (0800-331111) TABELA: DEVERNA LUTUAL FELICIANO DA SILVA

CARTÓRIO ÚNICO
Deverina Lúcia M. Feliciano Sá

Tabela Substituta
Reconheço por autenticidade a assinatura do Tabelião Castro Gusmão
Escritor

JOSE AUGUSTO DE LIMA FERREIRA
Conforme autógrafo arquivado neste Ofício sob nº 15212
Sape-PB, 28/12/2015. Em testemunho da Verdade.

At: Rua, R. André P. Couinho, 1746
Fone: 3286-2347/9313-3163
CEP: 58340-000 - Sape - PB

ARUANA SEGUROS

27 ABR 2016



107510/04-390