



Número: **0800004-84.2020.8.18.0047**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Cristino Castro**

Última distribuição : **09/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAQUIM DA SILVA MARQUES (AUTOR)		DIEGO MARADONES PIRES RIBEIRO (ADVOGADO)	
J. M. M. (AUTOR)		DIEGO MARADONES PIRES RIBEIRO (ADVOGADO)	
M. I. M. M. (AUTOR)		DIEGO MARADONES PIRES RIBEIRO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
7808939	09/01/2020 18:35	Petição Inicial	Petição Inicial
7809356	09/01/2020 18:35	Doc Médico	Documentos
7809360	09/01/2020 18:35	Docs dpvat	Documentos
7809359	09/01/2020 18:35	Docs Pessoais RG e CPF VITIMA	Documentos
7809361	09/01/2020 18:35	Formulário de Envio de documentação	Documentos

PETIÇÃO INICIAL E DOCUMENTOS ANEXOS.



SANTA CASA DE SAO CARLOS
SOULMV - Sistema de Gerenciamento de Internação
Comprovante da Alta Hospitalar do Paciente

Página: 1 / 1
Emitido por: DBAMV
Em: 27/04/2015 11:15

Atendimento: 6353

Dt Atendimento: 27/04/2015 - 07:23

Dt Alta: 27/04/2015 - 11:07

Paciente: 350573 MARIA JOCEMIR DE MENEZES

Serviço: 34 NEUROCIRURGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 366 MACA - 3

Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 12 OBITO COM DECLARACAO FORNECID

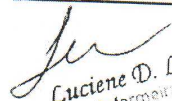
Usuário: MARCOS.COSME

Diretor Clínico:

CID: S069 TRAUMATISMO INTRACRANIANO, NAO ESPECIFICADO

Procedimento de Alta 0301060088 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA MEDICA

Observação de Alta
OBITO


Luciene D. Lino
Enfermeira
COREN/SP 200874

SANTA CASA DE SÃO CARLOS - SP



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(mos), para os devidos fins e efeitos de direitos sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima MARIA JOCEMIR DE MENEZES, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 27/04/2015, faleceu em 27/04/2015, no estado civil de SOLTEIRA (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE (*)	RG	CPF
1..ANDRESSA RIELLY DE MENEZES	FILHA		
2. MARIA ISADORA MENESES MARQUES	FILHA		
3. JONATHAS MENESES MARQUES	FILHO		

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Declaro(mos), ainda, que a vítima (X) não deixou companheira(o) ou () deixou companheira(o) de nome _____

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício de vontade ou consentimento, o(a)s declarante(s) firma(m) a presente, juntamente com 2(duas) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros/beneficiários, além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.

PORTO FERREIRA/SP 01/08/2016
LOCAL E DATA

Maria Jocelia de Menezes
ASSINATURA DO DECLARANTE

CRISTINO CASTRO 01/08/2016
LOCAL E DATA

Jonas de Silva Marques
ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE EM HERDEIRO(S) LEGAL(IS) MENOR(ES) DE IDADE (*)

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1.			
2.			

Maria do Carmo Paixão de Menezes

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1.MARIA DO CARMO PAIXÃO DE MENESES	32.152.281-X	768.589.283-91	
2.FRACISCO DE ASSIS MENESES	1.205.222	261.011.653-53	

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
- Caso o herdeiro legal possua entre 16 ANOS (INCOMPLETOS) e 18 ANOS (INCOMPLETOS), o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante, e o Representante Legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro (1).



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 **JOAQUIM DA SILVA MARQUES**
PORTADOR (A) DO RG Nº. **3.830.580** EXPEDIDO POR **SSPPI** EM **22/11/2012**
CPF/CNPJ No. **015.819.503-57** PROFISSÃO **CAMINHONEIRO**
E RENDA MENSAL DE R\$ **NÃO INFORMADA** (*), NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO // REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VITIMA **MARIA JOCEMIR DE MENEZES** AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCÍOS DO SEGURO DPVAT 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 aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o 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 de 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 BANCO **001** Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) **601-4** Nº da CONTA (com dígito, se existir) **8695-9**

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

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

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

CRISTINO CASTRO - PI **1 de agosto de 2016**
LOCAL E DATA

Joachim da Silva Marques
ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A)

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.dpvatsegurostransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOAQUIM DA SILVA MARQUES,
RG nº 3.830.580, data de expedição 22/11/2012, Órgão SSPPI,
CPF nº 015.819.503-57, 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:

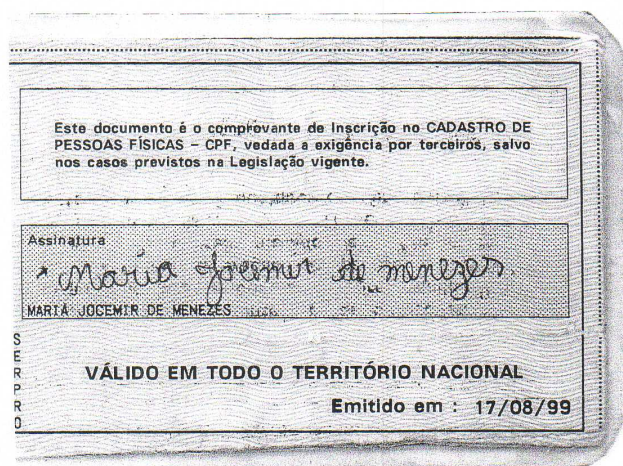
Logradouro	RUA JOAO VITORINO DA SILVA		
Número	S/N		
Apto / Complemento			
Bairro	MUTIRAO		
Cidade	CRISTINO CASTRO		
Estado	PI		
CEP	64.920-000		
Telefone de Contato	(34) 9213-1890	(34) 8805-11360	(34) 3222-8092
E-mail			

Por ser verdade, firmo-me.

CRISTINO CASTRO - PI, _____ de agosto de 2016.

Assinatura do Declarante: João da Silva Marques





SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder • DPVAT

COBERTURA SOLICITADA

☒ MORTE ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA MARIA JOCEMAR DE MENEZES
 DATA DO ACIDENTE 26/04/15 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 892.145.008-49
 PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, neste formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado – Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO DE SEPARAÇÃO DE FATO (ORIGINAL), DECLARADA PELO CÔNJUGE**
 - ☐ Termo de Coabitação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
 - ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) JOSEMAR DA SILVA MARIANO
 Quem é o portador? ☐ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador _____
 E-mail solucao.pf@brs.com.br Telefone () _____
 Data 26/04/15 Assinatura Diego Maradones Pires Ribeiro

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) PIREAS DE MARADONES Matrícula 8506855-0
 Atendente Diego Maradones Pires Ribeiro
 Data: 26/04/15 Assinatura: Diego Maradones Pires Ribeiro

