



Número: **0800397-74.2020.8.15.0311**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Princesa Isabel**

Última distribuição : **11/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FELIPE PEREIRA DA COSTA (AUTOR)	HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31401 280	09/06/2020 13:00	<u>2724163_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos



Rio de Janeiro, 26 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **FELIPE PEREIRA DA COSTA**

Nº Sinistro:

3180500424

Vitima:

FELIPE PEREIRA DA COSTA

Data do Acidente:

08/07/2018

Cobertura:

INVALIDEZ

Procurador:

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180500424**.

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 13522098

Pag. 00771/00772 - carta_01 - INVALIDEZ



00020386



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/06/2020 13:00:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060913002273300000030122910>
Número do documento: 20060913002273300000030122910

Num. 31401280 - Pág. 1

Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **FELIPE PEREIRA DA COSTA**
Nº Sinistro: **3180500424**
Vitima: **FELIPE PEREIRA DA COSTA**
Data do Acidente: **08/07/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180500424**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Pag. 00563/00564 - carta_03 - INVALIDEZ



A documentação deve ser entregue na **Sabermi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Carta nº 13532094

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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180500424 Vítima: FELIPE PEREIRA DA COSTA
Data do Acidente: 08/07/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FELIPE PEREIRA DA COSTA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

290 00329/00330 - carta 16 - [NVA] IDEZ

010165

Carta n° 14241333



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/06/2020 13:00:22
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006091300227330000030122910>
Número do documento: 2006091300227330000030122910

Num. 31401280 - Pág. 3

SABEMI SEGURADORA S/A

23 OUT 2018

RECEBIDO

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
20/08/2018 - Autoatendimento - 12:43:38
086774164 1484

EXTRATO DE POUPANÇA PARA SIMPLES CONFERENCIA
EXTRATO DE POUPANÇA OURO/POUPEX

AGÊNCIA: 2739-1
CONTA: 20.933-3
VARIACAO: 51
CLIENTE: FELIPE PEREIRA DA COSTA

DATA DT.BS HISTÓRICO	VALOR
Agosto/2018	
1988 Saldo ant.	██████ C
DISPONÍVEL	██████ C
VLR. BLOQUEADO	██████ D
SALDO TOTAL	██████ C

SALDO POR DATA BASE

01 9,96 C

MENSAGENS DIVERSAS

SELIC igual/menor que 8,5% A.A.: TR+70% DA SELIC
SELIC maior que 8,5% A.A.: TR+0,5% A.M.
Leia no verso para conservar este documento,
entre outras informações.



SABEMI SEGURADORA S/A

23 OUT 2018

RECEBIDO



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Baixar mais encartes, 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	Nome completo da vítima
	012102434-37	FELIPE PEREIRA DA COSTA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	FELIPE PEREIRA DA COSTA	CPF titular da conta	Profissão
Endereço	Rua, Compr. Duarte	Número	Complemento
Bairro	Gentio	Cidade	Estado
Email	lucravelc@gmail.com	CEP	58.755.000
Telefone (DDD)			

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"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
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)			
BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA Nº	D/V	CONTA Nº	D/V
2339-1		20933	3
(Informar dígito se existir)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome _____ NBS _____			
AGÊNCIA Nº	D/V	CONTA Nº	D/V
(Informar dígito se existir)			
(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.

Principe Jabel PBN de outubro de 2018
Local e Data

X Felipe Pereira da Costa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001_V001/2017



SABEMI SEGURADORA S/A

23 OUT 2018

RECEBIDO

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS
REGISTRO GERAL DE PROVÍNCIA, MUNICÍPIO E DOCUMENTOS
PESSOAS JURÍDICAS E PESSOAS FÍSICAS
www.tjpb.jus.br

Certifico que esta é uma cópia fiel do original que me foi apresentado, em 24. Triunfo, 09 de outubro de 2018. Substituto EDIVANEIDE MENENES DE SOUSA. Emol.R\$ 3,41. PNR R\$ 0,69. FRC R\$ 0,54. Total R\$ 4,69.
selo:0071841.CVM10201806.00136.

Código Acessível em: www.tjpb.jus.br

Eduaneide Menenes de Sousa

C E R T I D Ã O

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Livros de Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a seguinte Ocorrência Policial: N° 427/2018, LIVRO nº 02/2018, sob a responsabilidade da autoridade policial, Delegado, GUTEMBERG JOSÉ DA COSTA MARQUES CABRAL.

DATA: 21 de AGOSTO do ano de Dois Mil e Dezoito

HORA: 08h30min

CIDADE: PRINCESA ISABEL - PB

Noticiante: FELIPE PEREIRA DA COSTA

Estado civil: SOLTEIRO RG: 9.401.236 SDS/PE CPF: 072.102.434-37

Sexo: MASCULINO Nascimento: 04.12.1995 Idade: 22 anos

Naturalidade: Brasileira Naturalidade: Princesa Isabel/PB

Profissão: Agricultor Alfabetizado: SIM

Filiação: Valdemar Pereira da Costa e Sônia Maria de Araújo da Costa

Endereço: Rua Pedro Sobreiro Duarte, s/n, José Evaristo, Princesa Isabel/PB.

NARRATIVA

QUE no dia 08 de julho de 2018, por volta das 19h00min, quando trafegava de moto pela rua do Marcadinho de Dão, no Jardim Karlota, colidiu com um cachorro e veio a cair no chão; QUE o noticiante conduzia a motocicleta HONDA/XRE 300, PLACA OYS9822, ANO 2014/2015, CHASSI 9C2ND1110FR001983, em nome de Mateus de Araújo da Costa; QUE foi socorrido por terceiros e levado para a UPA - Unidade de Pronto Atendimento de Princesa Isabel/PB.

O referido é verdade, Dou fé. Termo de Responsabilidade: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos).

Notificante Felipe Pereira da Costa

FPA - 16.2.004-6

Rua Cel. José Pereira Lima, SN, Alto do Cascavel, Princesa Isabel - PB.
Fone/fax: (0XX83) 3457 2381.



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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 <i>Felipe Pereira de Costa</i>	CPF da Vítima <i>012102 431-37</i>	Data do Acidente <i>08/07/2018</i>
---	---------------------------------------	---------------------------------------

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 atende 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 §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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

SABEMI SEGURADORA S/A

23 OUT 2018

RECEBIDO

Pancas, Jabel PB M de outubro de 2018

Local e Data

X Felipe Pereira de Costa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



SECRETARIA DA SAUDE DO ESTADO DA PARAIBA

Telefone: (83) 3457-2270

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM

UNIDADE PRESTADORA:

Nome: UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL

CNES: 7637802

Endereço: ALFREDO CARLOS DA COSTA, n° S/N - MAIA

Telefone: (83) 3457-2270 Fax: 3457-2270

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM Data: 08/07/2018

Cod. Prof: 83

Profissional: ANDRE GUSTAVO FERREIRA DE SOUZA

Senha: Senha

Pront. - Paciente: 18726 - FELIPE PEREIRA DA COSTA

Pront. Local:

Data Nasc.: 04/12/1995

Idade Pac.: 22 Anos, 7 Meses e 4 Dias.

RG: 9401236

Endereço: RUA - PEDRO SOBREIRA DUARTE

Nº: S/N

Bairro: ZE EVARISTO

Município: PRINCESA ISABEL

Nome da Mãe: SONIA MARIA DE ARAUJO DA COSTA

Cartão SUS: 704600682625029

Data e Hora da Recepção: 08/07/2018 18:32

Nº da Ficha: 73067

Nº do Atendimento: 1º Atendimento

Hipertensão: () Sim (X) Não Diabetes: () Sim (X) Não CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: (X) AMARELO

DADOS GERAIS DA CONSULTA MÉDICA

DADOS DA PRÉ CONSULTA Tipo de Clínica: CLINICA MEDICA

Data: 08/07/2018 18:35::

Profissional da Pré-Consulta: 50 - RAFAELA MAIA FERNANDES MEDEIROS

COREN: 94852-PB

P.A.: ____ X ____ mmHg Peso: ____ Kg Temperatura: ____ °C Estatura: ____ cm Per. Cefálico: ____ Per. Torácico: ____ Glicemia: ____ mg/dl

Informações da Pré-Consulta:

Paciente vítima de acidente de moto. Apresenta desorientação e escoriações nos MMII. Ingeriu bebida alcoólica.

Medicamentos em Uso:

NÃO SABE SE TEM ALERGIA HÁ MEDICAMENTOS

- Informações Médicas:

QD / HPMA / ISDA / ANTEC / EXAME FÍSICO:

08/07/2018 19:43:33 ANDRE GUSTAVO FERREIRA DE SOUZA

PACIENTE COM EDEMA EM PE DIREITO AOS ACIDENTE DE MOTO

APRESENTA COM AGITAÇÃO PSICOMOTORA, SEM COLABORAR COM ATENDIMENTO.

REALIZADO SEDACAO COM DIAZEPAM E AMPLICTIL, POREM PACIENTE EVADIU SEM REALIZAR EXAME

- Informações Da Alta:

ALTA EVADIDO

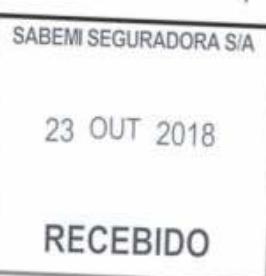
- Informações De Exames:

Código SUS	Descrição
02-04-06-008-7	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA
02-04-06-015-0	RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE

- Informações Medicamentos:

Grupo: 0

Código	Descrição	Qtd.	Apresentação	Via. Adm.	Frequencia
767	DIAZEPAM 5 MG/ML - AMPOLA C/ 2 ML	1	AMP	EV	AGORA
128	CLORPROMAZINA, CLORIDATO 25MG/5ML	1	AMP	EV	AGORA
754	PROMETAZINA 25MG/ML - AMP 2ML	1	AMP	IM	AGORA



Gravado:

Altura: 20:00

Assinatura do Paciente/Responsável

Pág: 1 de 1

Gerado por: Focus Desenvolvimento de Sistemas Ltda - Sistema Saúde Versão Atual: 2.1.2.85-A

Assinatura do Profissional

Num. 31401280 - Pág. 8



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/06/2020 13:00:22
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060913002273300000030122910

Número do documento: 20060913002273300000030122910

SABEMI SEGURADORA S/A

23 OUT 2018

RECEBIDO

DÉCLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Eelipe Pereira da Costa,

RG nº 9401236, data de expedição / /, Órgão SDS/PE,

CPF nº 012.102.934-37, 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 Gonçalo Duarte</u>
Número	<u>51/N</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Precisa Jardim</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58.755-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 3846-1036</u>
E-mail	<u>hmc.admxx@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Precisa Jardim/PB, 01 de outubro de 2018.

Assinatura do Declarante: X Eelipe Pereira da Costa





Desde 06 de Novembro de 2016 foi incluído o número 9 à frente dos celulares dos DDDs 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 53, 54 e 55 passando ao formato: (DDD)9xxxx-xxxx. Mais informações em www.dti.com.br/9digito. Obrigado! Contato: 091201460307

98,30	R\$	OUTROS SERVICOS E TAXAS	EXCEDENTES, OUTROS SERVICOS E TAXAS	RS 98,30
64,04	R\$	DI FIXO	PAQUOTE DE MINUTOS FIXO-FIXO LOCAL	RS 64,04
64,04	R\$	DI FIXO	PAQUOTE DE MINUTOS LOCAL DISTANCIA COM 31	RS 64,04
59,49	R\$	DI FIXO	SERVICIOS DIGITALIS	RS 59,49

Resumo da sua fatura

REF ID: 15/09/2018	Vencimento	(87) 3846-1036
RECEBIDO		Telefone
23 OUT 2018		
SABEMI SEGURADORA S/A		
Referência	AGOSTO /2018	
Total a Pagar	R\$ 162,34	

56870-000 TRIUNFO-PB
CENTRO
HAROLD MAGALHÃES DE NOVEMBRO, 124
PCA GUINZE DE CERVALHO

INTERMEDIATE LISTER SE 33,000 11/00-11/95 - INC ESTIMATES: 181.00.0019146-4



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/06/2020 13:00:22
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006091300227330000030122910>
Número do documento: 2006091300227330000030122910

Num. 31401280 - Pág. 11



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 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 COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e reseguro.

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 Humberto Magalhães de Carvalho inscrito (a) no CPF sob o Nº 091542024 / 56, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Felipe Henrique da Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 092102434 / 37, do sinistro de DPVAT cobertura Mulher da Vítima Felipe Henrique da Costa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 092102434 / 37, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Adm yeso Renda: Recurso Informar 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 15 de Novembro</u>	Número	<u>124</u>	Complemento	<u>Centro</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Tuim</u>	Estado	<u>PE</u>
Email	<u>home.silvana@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>(81)3846 1036</u>	Telefone celular (DDD)	<u>56 870000</u>

SABEMI SEGURADORA S/A

23 OUT 2018

RECEBIDO

DLDRL.001 V001/2017

Tuim , PE 01 de Outubro de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

SABEMI SEGURADORA S/A

23 OUT 2018

RECEBIDO

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Mateus de Araújo de Costa

RG nº 4 231 935, data de expedição 12/03/2014,

Órgão SDS/PB, portador do CPF nº 075421 304-80, com

domicílio na cidade de Pimentel, no Estado de

Pernibe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Tomás Duarte, Centro, nº 511.

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Felipe Pereira da Costa, cujo o condutor era

Felipe Reimão de Costa

Various breeds

Veículo: 00
Modelo: 00

Mesmo: 2013
Ano: 2014

Placa: 0X59822

Chassi: 962W0M0FR00198

Data do Acidente: 08/07/2018

Local e Data: Início Trevo PB, 27 de agosto de 2008

X Motetus de Anagni da Ceto.
Assinatura do Documento

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



SECRETARIA DA SAUDE DO ESTADO DA PARAIBA

Telefone: (83) 3457-2270

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM

JNIDADE PRESTADORA:

Nome: UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL

CNES: 7637802

Endereço: ALFREDO CARLOS DA COSTA, nº S/N - MAIA

Telefone: (83) 3457-2270 Fax: 3457-2270

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM Data: 08/07/2018

PREScriÇÃO DA CONSULTA MÉDICA

Cod. Prof: 30

Profissional: ANDRE GUSTAVO FERREIRA DE SOUZA

Pront. - Paciente: 18726 - FELIPE PEREIRA DA COSTA

Cartão SUS: 704600682625029

Data Nasc.: 04/12/1995

Idade Pac.: 22 Anos, 7 Meses e 4 Dias.

RG: 9401236

Endereço:

Bairro:

Município:

Nome da Mãe: SONIA MARIA DE ARAUJO DA COSTA

Data e Hora da Recepção: 08/07/2018 18:32

Nº da Ficha: 73067

Nº do Atendimento: 1º Atendimento

- Informações Medicamentos:

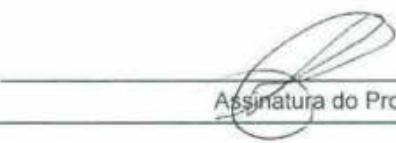
Grupo: 0

Código	Descrição	Qtd.	Apresentação	Via. Adm.	Frequencia
767	DIAZEPAM 5 MG/ML - AMPOLA C/ 2 ML	1	AMP	EV	AGORA
128	CLORPROMAZINA, CLORIDATO 25MG/5ML	1	AMP	EV	AGORA
754	PROMETAZINA 25MG/ML - AMP 2ML	1	AMP	IM	AGORA

SABEMI SEGURADORA S/A

23 OUT 2018

RECEBIDO

 Assinatura do Profissional



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/06/2020 13:00:22

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060913002273300000030122910>

Número do documento: 20060913002273300000030122910

Num. 31401280 - Pág. 14

SABEMI SEGURADORA S/A

23 OUT 2018

RECEBIDO

Prefeitura do Município de
PRINCESA ISABEL

Secretaria Municipal de Saúde

Requisição de Serviços
de Diagnose Terapia - SADT

Unidade Prestadora

Nome: _____ CNES: _____

Unidade Requisitante

Nome: UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL CNES: 7637802

Gestor: _____

Nº de Matrícula: _____ Nº da Ficha: 73067

Nº RIC: _____ Idade: 22 Anos, 7 Meses e 4 Dias.

Pront. - Paciente: 18726 - FELIPE PEREIRA DA COSTA

Pront. Local:

Data Nasc.: 04/12/1995

Endereço: RUA PEDRO SOBREIRA DUARTE Nº S/N

Bairro: ZE EVARISTO

Município: PRINCESA ISABEL

Nome da Mãe: SONIA MARIA DE ARAUJO DA COSTA

RG: 9401236

Cert. Nasc. - Livro:

Fis. _____ Termo:

CPF: 072.102.434-37

Cartão SUS: 704600682625029

Identificação do SADT Solicitado

Descrição do Procedimento	Observação	Código SUS	Data	Ass. Cliente
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA		02-04-06-008-7	08/07/2018	
RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE		02-04-06-015-0	08/07/2018	

Identificação do Solicitante:

Assinatura: _____

Nome: ANDRE GUSTAVO FERREIRA DE SOUZA

CRM: _____

Identificação do Responsável pela realização do SADT:

Assinatura: _____

Nome: _____

CRM: _____

EXAME AUTORIZADO - VISTO

Exame Autorizado - Responsável



SABEMI SEGURADORA S/A

23 OUT 2018

RECEBIDO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/06/2020 13:00:22
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060913002273300000030122910
Número do documento: 20060913002273300000030122910

Num. 31401280 - Pág. 16

SABEMI SEGURADORA S/A

23 OUT 2018

RECEBIDO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/06/2020 13:00:22
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060913002273300000030122910
Número do documento: 20060913002273300000030122910

Num. 31401280 - Pág. 17

SABEMI SEGURADORA S/A

23 OUT 2018

RECEBIDO

CONTRAN

DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 013434643140

DETAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEÍCULO
1028593722
EXERCÍCIO
2018

MATEUS DE ARAUJO DA COSTA
NOME

SERRA PALHADA - PE
0

075-421-304-50
PLACA
0753625

PLACAR AUTOMÓVEL
MOTOR: 1.0 E 1.3
CILINDRADA: 999
COR: PRETO

VEÍCULO
MOTOR: 1.0 E 1.3
CILINDRADA: 999
COR: PRETO

HONDA / XRZ 300
MOTOR: 1.0 E 1.3
CILINDRADA: 999
COR: PRETO

HONDA / XRE 300
MOTOR: 1.0 E 1.3
CILINDRADA: 999
COR: PRETO

HONDA / XRE 300
MOTOR: 1.0 E 1.3
CILINDRADA: 999
COR: PRETO

HONDA / XRE 300
MOTOR: 1.0 E 1.3
CILINDRADA: 999
COR: PRETO

HONDA / XRE 300
MOTOR: 1.0 E 1.3
CILINDRADA: 999
COR: PRETO

HONDA / XRE 300
MOTOR: 1.0 E 1.3
CILINDRADA: 999
COR: PRETO

HONDA / XRE 300
MOTOR: 1.0 E 1.3
CILINDRADA: 999
COR: PRETO

HONDA / XRE 300
MOTOR: 1.0 E 1.3
CILINDRADA: 999
COR: PRETO

HONDA / XRE 300
MOTOR: 1.0 E 1.3
CILINDRADA: 999
COR: PRETO

HONDA / XRE 300
MOTOR: 1.0 E 1.3
CILINDRADA: 999
COR: PRETO

HONDA / XRE 300
MOTOR: 1.0 E 1.3
CILINDRADA: 999
COR: PRETO

HONDA / XRE 300
MOTOR: 1.0 E 1.3
CILINDRADA: 999
COR: PRETO

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS DÍMANO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013434643140 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MATEUS DE ARAUJO DA COSTA
NOME
SERRA PALHADA - PE
ENDERECO
02 / 05 / 18
PLACA
0753625

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

SERRA PALHADA - PE
2018
02 / 05 / 18
PLACA
0753625

HONDA / XRE 300
No. CHASSIS
F014
09
902MULL0001983

HONDA / XRE 300
No. CHASSIS
F014
09
902MULL0001983

HONDA / XRE 300
No. CHASSIS
F014
09
902MULL0001983

HONDA / XRE 300
No. CHASSIS
F014
09
902MULL0001983

HONDA / XRE 300
No. CHASSIS
F014
09
902MULL0001983

HONDA / XRE 300
No. CHASSIS
F014
09
902MULL0001983

HONDA / XRE 300
No. CHASSIS
F014
09
902MULL0001983

HONDA / XRE 300
No. CHASSIS
F014
09
902MULL0001983

HONDA / XRE 300
No. CHASSIS
F014
09
902MULL0001983

HONDA / XRE 300
No. CHASSIS
F014
09
902MULL0001983

HONDA / XRE 300
No. CHASSIS
F014
09
902MULL0001983

HONDA / XRE 300
No. CHASSIS
F014
09
902MULL0001983

HONDA / XRE 300
No. CHASSIS
F014
09
902MULL0001983

PRÉMIO TARIFÁRIO

CHAVES DE ACESSO

DATA DE EMISSÃO

DATA DE EXPIRAÇÃO

DATA DE EMISSÃO



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Felipe Bueno do EstrelaDATA DO ACIDENTE 01/03/2018CPF DA VITIMA 012.102.434-33

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTEESCO COMA VITIMA É ENDEREÇO DO PORTADOR Rua 15 de NovembroBairro CentroNº 124COMPLEMENTO CentroCIDADE Porto VelhoUF ROCEP 56.810-000E-MAIL felipe.velho@gmail.com.brTELEFONE (67) 3846-1036

MARQUE O PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

 REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE

TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

 CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) NA IMPROSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

(ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA

DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

 BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

(ORIGINAL)

 AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM

OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO COPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

 RECIBIDO DE RECONHECIMENTO LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE
- DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESpesAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO COPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE * R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE * ATÉ R\$ 11.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRANDEZADE VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - DAS LESÕES E DE ACORDO COM A TABELA DE SEGURADO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REembolso ATÉ R\$ 2.700,00 (REembolso). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPENSADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COM OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PRAZO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE www.dpvatsegurotransito.com.br OU LIGUE GRÁTIS SAC 0800 922 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

 CAF DE RECONHECIMENTO LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURODORA

DATA

NOME

ASSINATURA

23 OUT 2018

SABEMI SEGURODORA SA

