



10/06/2020

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
31401280	09/06/2020 13:00	2724163_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 26 de Outubro de 2018

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

Nº Sinistro: **3180500424**

Vítima: **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



Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: FELIPE PEREIRA DA COSTA
Nº Sinistro: 3180500424
Vítima: 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

A documentação deve ser entregue na **Sabemi 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.

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

Pag. 00563/00564 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13532094





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 de 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

Pag. 00329/00330 - carta_16 - INVALIDEZ

00010165



Carta nº 14241333



SABEMI SEGURADORA S/A

23 OUT 2018

RECEBIDO

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

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

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

DATA	DT.BS	HISTORICO	VALOR
----- Agosto/2018 -----			
1908		Saldo ant.	0,00 C
		DISPONIVEL	0,00 C
		VLR. BLOQUEADO	0,00 D
		SALDO TOTAL	0,00 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 como conservar este documento,
entre outras informações.



SABEMI SEGURADORA S/A

23 OUT 2018


AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 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

012.102.434-37

Nome completo da vítima

FELIPE PEREIRA DA COSTA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo FELIPE PEREIRA DA COSTA		CPF titular da conta 012.102.434-37		Profissão carpinteiro
Endereço Rua Comandante		Número 511	Complemento	
Bairro Centro	Cidade Pimonez, Jabel	Estado PB	CEP 58.755.000	
E-mail Amc.cabocara@gmail.com				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
<input type="checkbox"/> 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	

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome: _____ BRB: _____

AGÊNCIA HRL: _____ D/V: _____ **CONTA** HRL: _____ 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.

Pimonez, Jabel, PB, 01 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



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



CERTIDÃO

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 n° 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 em 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

16.2.004-4

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



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

Felipe Pereira de Costa

CPF da Vítima

072102431-34

Data do Acidente

08/07/2018

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 atenda 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

Pernambuco, 23 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, nº 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 AGITAAO 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

SABEMI SEGURADORA S/A

23 OUT 2018

RECEBIDO

Roberto da Silva Sitorio
COREN: 94852-PB
E

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Profissional

Pág: 1 de 1

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



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. 8

SABEMI SEGURADORA S/A

23 OUT 2018

RECEBIDO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Felipe Pereira da Costa,
RG nº 9401236, data de expedição / / , Órgão SDS/PE,
CPF nº 072.102.434-37, venho perante a este instrumento declarar que não
posso comprovar 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 Cornélio Duarte</u>
Número	<u>511</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Princesa Isabel</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58.755-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 3846-1036</u>
E-mail	<u>hmc.assessoria@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Princesa Isabel, PB, 01 de outubro de 2018.

Assinatura do Declarante: Felipe Pereira da Costa





TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.118/0014-93 - INSC. ESTADUAL: 181.001.0018146-4
RUA JOAQUIM FELIPE, 168 - RECIFE - PE CEP: 50060-065
MATEZ C/PJ: 33.000.118/0001-79

HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO
TELEFONE/CONTRATO: 38461036 C1 0 SU 3
CONTA 08/2018 LOCAL 4952 DV 7

www.oi.com.br/MinhaOI

CODIGO MINHA OI
091201460307

Cadastre-se na minha
OI e consulte saldo,
custos de consumo,
relatório de consumo
e muito mais.

Cadastre-se na minha OI e consulte
saldo, custos de consumo, relatório de
consumo e muito mais.

www.oi.com.br/MinhaOI

CODIGO MINHA OI
091201460307

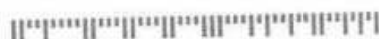
Desde 06 de Novembro de 2016 foi incluído o número 9 à frente dos
celulares dos DDDs 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 53, 54 e 55
passando ao formato: (DDD)9xxxx-xxxx.
Mais informações em oi.com.br/9digito.

Resumo da sua fatura	
OI FIXO	R\$ 64,04
PACOTE DE MINUTOS FIXO-FIXO LOCAL PACOTE DE MINUTOS LONGA DISTANCIA COM 31 SERVIÇOS DIGITAIS EXCEDENTES, OUTROS SERVIÇOS E TAXAS	R\$ 98,30
LIGACOES FIXO-FIXO LIGACOES FIXO-MOVEL	38,81 59,49

Telefone	(87) 3846-1036
Vencimento	15/09/2018
Total a pagar	R\$ 162,34
Referência	AGOSTO /2018

RECEBIDO
23 OUT 2018
SABEMI SEGURADORA S/A

HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO
PCA QUINZE DE NOVENBRO, 124
CENTRO
56870-000
TRIUNFO-PE



TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.118/0014-93 - INSC. ESTADUAL: 181.001.0018146-4
RUA JOAQUIM FELIPE, 168 - RECIFE - PE CEP: 50060-065
MATEZ C/PJ: 33.000.118/0001-79



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 COAF**².

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Haroldo Magalhães de Lencastre inscrito (a) no CPF sob o Nº 041542024 / 56, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edipe pereira do Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 012102434 / 37, do sinistro de DPVAT cobertura roubo da Vítima Edipe pereira do Costa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 012102434 / 37, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Advogado Renda: Renda 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>Tramelo</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56810000</u>
Email <u>hmlencastre@gmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(87) 3846-1036</u>	Telefone celular (DDD)

SABEMI SEGURADORA S/A

23 OUT 2018

RECEBIDO

DLDR.L001 V001/2017

Tramelo, PE 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 da Costa,
RG nº 4.231.935, data de expedição 12/03/2014,
Órgão SDS/PB, portador do CPF nº 075.421.304-80, com
domicílio na cidade de Princesa Isabel, no Estado de
Pernambuco, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Coronel Duarte, Centro, nº 511,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Felipe Pereira da Costa, cujo o condutor era
Felipe Pereira da Costa.

Veículo: Ford Focus 1.6

Modelo: 2015

Ano: 2014

Placa: 0XS9822

Chassi: 9C2NDMM0FR001983

Data do Acidente: 08/07/2018

Local e Data: Princesa Isabel/PB, 27 de agosto de 2018

X Mateus de Araújo da Costa
Assinatura do Declarante



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

EMÍLIA ÉRICA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

2º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS
Emília Érica Alves Frases - Tabelião Interina
Rua Cel. Antônio Francisco Lima, 20 - Centro - Princesa Isabel - PB - 57010-100
Fone: (35) 9915-1191 e-mail: emilia@tabemiliao.com.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a assinatura de MATEUS DE ARAÚJO DA COSTA, inscrita no CPF nº 075.421.304-80, em 27/08/2018 às 14h00m.
Em testada verdade, Princesa Isabel - PB, 27/08/2018.
Emília Érica Alves Frases - Tabelião Interina
T2810-0031243EMILIA 49,46 FRENTEIRA 0,00 PERÚDA 1,70
SELO DIGITAL: 44154533-909L
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Cartório 2º Oficial
de Notas e Registro
Emília Érica Alves
Princesa Isabel - PB



SECRETARIA DA SAÚDE 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, 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.	Frequência
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

SABEMI SEGURADORA S/A

23 OUT 2018

RECEBIDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
AUTOMOBILÍSTICO

P B

NOME
FELIPE PEREIRA DA COSTA

DOC. IDENTIFIC. - CNH - EMISSOR **FE**
9401236 **SDS**

CVE **DATA NASCIMENTO**
072.102.434-37 04/12/1995

PERMISSÃO
VALDEMAR PEREIRA DA COSTA
SONIA MARIA DE ARAUJO DA COSTA

ACC **CAT. AVE**
PERMISSÃO **ACC** **CAT. AVE**

VALIDADE **1ª EMISSÃO**
20/10/2020 04/02/2016

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1467344167

CONTINUAÇÃO

felipe pereira da costa
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL **DATA EMISSÃO**
PRINCESA ISABEL, PB 20/02/2017

Arivaldo
28150055471
PB034047832

PARAÍBA

PROBADO PLASTIFICAR
1467344167



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



SABEMI SEGURADORA S/A

23 OUT 2018

RECEBIDO

CONTRAN		DENATRAN	
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		DETAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO Nº 013434643140	
PLACA 015-421-304-50 CHASSI 9C2ND1110FR001983 VEÍCULO MOTOCICLETA MARKA HONDA MODELO XRE 300 DATA DE REGISTRO 02/05/18		PLACA 015-421-304-50 CHASSI 9C2ND1110FR001983 VEÍCULO MOTOCICLETA MARKA HONDA MODELO XRE 300 DATA DE REGISTRO 02/05/18	
PREMIO TARIFARIO (R\$) 100,00 SEGUNDO INAD 0,00 SEM RESERVA		PREMIO TARIFARIO (R\$) 100,00 SEGUNDO INAD 0,00 SEM RESERVA	
DATA 02/05/18 ASSINATURA [Assinatura] DELEGADO Anderson Sousa Ribeiro DELEGADO Presidente DETAN/PE		DATA 02/05/18 ASSINATURA [Assinatura] DELEGADO Anderson Sousa Ribeiro DELEGADO Presidente DETAN/PE	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT	
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	
PE Nº 013434643140 BILHETE DE SEGURO DPVAT MATEUS DE ARAUJO DA COSTA	
VEÍCULO MOTOCICLETA MARKA HONDA MODELO XRE 300 DATA DE REGISTRO 02/05/18	
PREMIO TARIFARIO PREMIO 100,00 SEGUNDO INAD 0,00 SEM RESERVA	
DATA 02/05/18 ASSINATURA [Assinatura] DELEGADO Anderson Sousa Ribeiro DELEGADO Presidente DETAN/PE	



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Felipe Pereira do Gato
DATA DO ACIDENTE 09/03/2018 CPF DA VÍTIMA 092.102.434-33
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CLUIO PARANTESCO COM
A VÍTIMA É
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua 15 de Novembro
Nº 124 COMPLEMENTO Centro BAIRRO Centro
CIDADE Guarapuá UF PE CEP 56.870-000
E-MAIL hmc.advocacia@gmail.com TELEFONE (87) 3846-1036

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA 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 VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA 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 VÍTIMA 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 VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (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 (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA 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 CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA 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 VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• 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, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 023 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

SABEMI SEGURADORA S/A

23 OUT 2018



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