



Número: **0800413-28.2020.8.15.0311**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **17/03/2020**

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
<b>GUILHERME RODRIGUES DIAS (AUTOR)</b>	<b>HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>
<b>TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31242 579	03/06/2020 14:23	<a href="#"><u>2724164_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	Outros Documentos

Seguradora Lider - DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

### INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



IDENTIFICAÇÃO Guilherme Rodolfo Duca

VITIMA 10/06/2018

DATA DO ACIDENTE 02/09/2018 CPF DA VITIMA 129.339.114-00

#### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VITIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM

A VITIMA É  DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua 15 de Novembro BARRA Centro

Nº 124 COMPLEMENTO UF PE CEP 56.820-000

CIDADE Timóteo E-MAIL lptmxc.ca@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)

CARTERA 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 IMI (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IMI: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI, (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, Tais como Cópia de FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

#### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO 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\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM A TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

VALORES DE INDENIZAÇÃO  
- 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, ACESSE [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) OU LIGUE GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE  
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA  
DATA

IDENTIDADE  
NOME

ASSINATURA

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTERA 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





Seguradora Lider - DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS IDENTIFICAÇÃO Guilherme Rodolpho Duca

vítima

10/06/2018

DATA DO ACIDENTE

CPF DA VÍTIMA 129.339.114-00

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTEESCO COMA VÍTIMA É  TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)ENDERECO DO PORTADOR Rua 15 de NovembroBAIRRO CentroCIDADE Porto AlegreUF RSCEP 56.820-000E-MAIL lomec.caesarwu@gmail.com

TELEFONE (51) 3846-1636

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTÍDIO DE NASCIMENTO OU CERTÍDIO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

NA IMPORSSIBILIDADE 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 - DAMS

CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTÍDIO DE NASCIMENTO OU CERTÍDIO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO 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 VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM A 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 FORMULARIO

PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 2104

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

IDENTIDADE

NOME

ASSINATURA

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTÍDIO DE NASCIMENTO OU CERTÍDIO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO 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 DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

ASSINATURA



A SEGURADORA LÍDER ADMINISTRADORA DO SEGURO DPVAT.

**Ref.: Pedido de Reanálise de Processo Administrativo DPVAT**

**Nº Sinistro: 3180506149**

**Data Acidente:10/06/2018**

**Cobertura: Invalidez**

**Assunto: Negativa Técnica**

Eu, **GUILHERME RODRIGUES DIAS**, brasileiro, solteiro, estudante, portador da Cédula de Identidade nº 4.292.293, SSDS/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 129.339.114-00, residente e domiciliado na Rua Hosana Maia Roberto, vem, respeitosamente, a presente de Vossa Senhoria, **REQUERER** a **reanálise do processo** em questão, pois me encontro com graves sequelas decorrentes do acidente de trânsito do qual foi vítima em 10/06/2018 e tive o meu pedido de indenização negado.

Ademais, solicito a **marcação de Perícia Médica**, uma vez que não fui periciado por nenhum médico credenciado na Seguradora Líder.

**Nestes termos,**

**Pede Deferimento.**

Princesa Isabel/PB, 28 de Julho de 2019.



**GUILHERME RODRIGUES DIAS**

SABEMI – REC. EM 10 JUL 2019



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora: SOMPO  
Concessionária: DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0233921/19

Número do Sinistro: 3190422376

Vítima: GUILHERME RODRIGUES DIAS

Data do acidente: 10/06/2018

CPF: 129.339.114-00

CPF da: Próprio

Titular do CPF: GUILHERME RODRIGUES  
DIAS

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

**HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO : 041.542.024-56**

Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24h por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/09/2019  
Nome: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO  
CPF: 041.542.024-56

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/09/2019  
Nome: Alan Silva de Oliveira  
CPF: 885.800.837-53

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Alan Silva de Oliveira



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/06/2020 14:23:21  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060314232131100000029978579>  
Número do documento: 20060314232131100000029978579

Num. 31242579 - Pág. 4

## SINISTRO 3190422376 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** GUILHERME RODRIGUES DIAS

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Sabemi

Seguradora S/A-Matriz II

**BENEFICIÁRIO** GUILHERME RODRIGUES DIAS

CPF/CNPJ: 12933911400

**RECEBIDO**

05 SET 2019

Seguradora Lider DPVAT

**Posição em 29-08-2019 16:04:13**

Seu pedido de indenização foi analisado e identificamos pendências que impedem a conclusão do processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, no mesmo local onde você deu entrada, para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Comprovante de residência	Beneficiário	Não Conforme	HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190422376      **Cidade:** Princesa Isabel      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GUILHERME RODRIGUES DIAS      **Data do acidente:** 10/06/2018      **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 07/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** ESCORIAÇÕES EM MEMBROS INFERIORES

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
			<b>Total</b>	<b>0 %</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190422376      **Cidade:** Princesa Isabel      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GUILHERME RODRIGUES DIAS      **Data do acidente:** 10/06/2018      **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 07/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** ESCORIAÇÕES EM MEMBROS INFERIORES

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

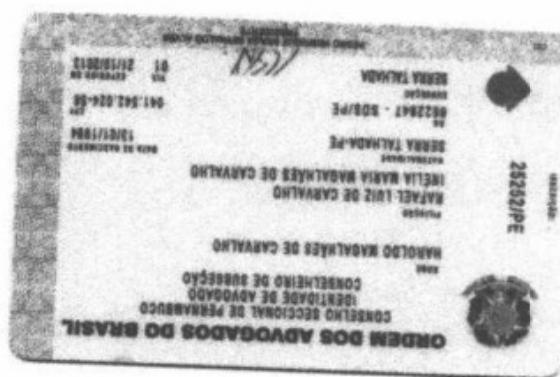
<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
			<b>Total</b>	<b>0 %</b>



Pelo Presente Instrumento Particular de Promessa  
15 de Novembro, nº 124, Centro, Trunfo - PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.  
advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, com endereço profissional à Praça OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO, brasileiro, casado,

OUTORGANTE: GUILHERME RODRIGUES DIAS, brasileiro, solteiro, estudante, portador da Cédula de Identidade nº 4.292.293 SSDS/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 129.339.114-00, residente e domiciliado na Rua Hosana Maria Roeder, nº 246, Mala, Princesa Isabel/PB, CEP: 58.755-000.

## PROCURAGÃO PARTICULAR



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/06/2020 14:23:21  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060314232131100000029978579>  
Número do documento: 20060314232131100000029978579

Num. 31242579 - Pág. 8

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE: GUILHERME RODRIGUES DIAS**, brasileiro, solteiro, estudante, portador da Cédula de Identidade nº 4.292.293 SSDS/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 129.339.114-00, residente e domiciliado na Rua Hosana Maia Roberto, nº 246, Maia, Princesa Isabel/PB, CEP: 58.755-000.

**OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima: **GUILHERME RODRIGUES DIAS**.

Princesa Isabel/PB, 08 de julho de 2019.

 Guilherme Rodrigues Dias  
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



SABEMI – REC. EM 10 JUL 2019



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0233921/19

**Vítima:** GUILHERME RODRIGUES DIAS

**CPF:** 129.339.114-00

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 10/06/2018

**Titular do CPF:** GUILHERME RODRIGUES DIAS

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

#### HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO : 041.542.024-56

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### GUILHERME RODRIGUES DIAS : 129.339.114-00

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.  
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/07/2019  
Nome: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO  
CPF: 041.542.024-56

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/07/2019  
Nome: JULIANE CAMPOS RODRIGUES  
CPF: 026.874.120-40

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

JULIANE CAMPOS RODRIGUES



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/06/2020 14:23:21  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060314232131100000029978579>  
Número do documento: 20060314232131100000029978579

Num. 31242579 - Pág. 10

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0233921/19

**Número do Sinistro:** 3190422376

**Vítima:** GUILHERME RODRIGUES DIAS

**CPF:** 129.339.114-00

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 10/06/2018

**Titular do CPF:** GUILHERME RODRIGUES DIAS

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

**Sinistro**

Outros

**HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO : 041.542.024-56**

Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/09/2019  
Nome: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO  
CPF: 041.542.024-56

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/09/2019  
Nome: Alan Silva de Oliveira  
CPF: 885.800.837-53

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Alan Silva de Oliveira



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/06/2020 14:23:21  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060314232131100000029978579>  
Número do documento: 20060314232131100000029978579

Num. 31242579 - Pág. 11



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/06/2020 14:23:21

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TURRES - 03/06/2020 14:23:21  
[http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView\\_sear2x-20060314232131100000029978579](http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView_sear2x-20060314232131100000029978579)

Número do documento: 20060314232131100000029978579

Num. 31242570 Pág. 12

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		Nº 013434-643140	
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETTRAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
PLAQUE	COD. HENAYAN	PLAQUE	EXERCÍCIO
VA	1028545722	ANTR.C.	2018
NOME		MATEUS DE ARAUJO DA COSTA	
ENDERREÇO		0	
SERRA TALHADA - PE		PLACA	
075-421-305-05		0339022	
PLACA ANT./UF		CHASSI	
P/3 MOTOCICLUTA		90280111176001989	
MARCAS/Modelo		COMBUSTÍVEL	
HONDA / XRE 300		ÁLCO/GÁSOL	
C/PLATE/CH		ANO FAB.	
2P/57911L		2014	
CATEGORIA		ANO MOD.	
PARTIC		2014	
COR PRIMORDIAL		COR PRIMORDIAL	
BRANCA		BRANCA	
COTA UNICA		VEND. COTA UNICA	
1 P/PLAQUE		1 P/PLAQUE	
P/PLAQUE		2 P/PLAQUE	
V/PLAQUE		3 P/PLAQUE	
PREÇO TARIFADO (R\$)		PREÇO TOTAL (R\$)	
500,00		500,00	
DATA DE PAGAMENTO		DATA DE PAGAMENTO	
02/05/18		02/05/18	
S/EPRA		S/EPRA	
RESENHA		RESENHA	
S/EPRA		S/EPRA	
RESENHA		RESENHA	
Clecius Andrade Souza Ribeiro		Clecius Andrade Souza Ribeiro	
Diretor Presidente DETRAN/PE		Diretor Presidente DETRAN/PE	

SABEMI SEGURADORA S/A

26 OUT 2018

## RECEBIDO

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

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

