



Número: **0808295-35.2019.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **16/04/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
GABRIEL VASCONCELOS DA CUNHA MELO (AUTOR)	INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35843 041	23/10/2020 15:04	<u>Petição</u>	Petição
35843 048	23/10/2020 15:04	<u>2616276_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_03</u>	Outros Documentos
35843 304	23/10/2020 15:04	<u>2616276_JUNTADA DE DOCS_Anexo_01</u>	Outros Documentos
35843 307	23/10/2020 15:04	<u>2616276_JUNTADA_DE_DOCS_03</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/10/2020 15:04:31
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102315043106600000034231876>
Número do documento: 20102315043106600000034231876

Num. 35843041 - Pág. 1



Nº DA PARCELA	DATA DO DEPÓSITO		AGÊNCIA (PREF / DV)	Nº DA CONTA JUDICIAL
0	10/08/2020		3331	2700111551884
DATA DA GUIA	Nº DA GUIA	Nº DO PROCESSO	TRIBUNAL	TIPO DE JUSTIÇA
10/08/2020	2616276	08082953520198150001	TRIBUNAL DE JUSTICA	ESTADUAL
COMARCA	ORGÃO/VARA	DEPOSITANTE	VALOR DO DEPÓSITO (R\$)	
CAMPINA GRANDE	7 VARA CIVEL	RÉU	200,00	
NOME DO RÉU/IMPETRADO		TIPO DE PESSOA	CPF / CNPJ	
		Jurídico		
NOME DO AUTOR / IMPETRANTE		TIPO DE PESSOA	CPF / CNPJ	
GABRIEL VASCONCELOS DA CUNHA MELO		Física	13567327470	
AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA				
BF30DDBE1B8A6179				
CÓDIGO DE BARRAS				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/10/2020 15:04:31
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010231504312200000034231881>
Número do documento: 2010231504312200000034231881

Num. 35843048 - Pág. 1



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, 01 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190087001

Vítima: GABRIEL VASCONCELOS DA CUNHA MELO

Data do Acidente: 23/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: INACIO BRUNO SARMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GABRIEL VASCONCELOS DA CUNHA MELO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13889612



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, 05 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190087001 Vítima: GABRIEL VASCONCELOS DA CUNHA MELO

Data do Acidente: 23/07/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: INACIO BRUNO SARMENTO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GABRIEL VASCONCELOS DA CUNHA MELO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00805/00806 - carta_04 - INVALIDEZ



00060403

Carta nº 13909417



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/10/2020 15:04:31
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102315043137800000034231887>
Número do documento: 20102315043137800000034231887

Num. 35843304 - Pág. 2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 0037413139	CPF da vítima: 135.673.27470	Nome completo da vítima: Gabriel Vozemus de Cunho Mello	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo: Gabriel Vozemus de Cunho Mello	CPF: 135.673.27470	Nº do endereço: 47	
Profissão: Estudante	Endereço: Rua Djalma Mignol de Morais	Número: 47	Complemento:
Bairro: Monte	Cidade: Campina Grande	Estado: PB	CEP: 58407-590
E-mail: meusbrunos.edu@gmail.com	Tel.(DDD): 8333341284		

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:
 RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: **2221**

CONTA: **35731**

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avôs vivos? Sim Não
 Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avôs vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **Comprida Grande 30/01/2018**

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Gabriel Vozemus de Cunho Mello

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

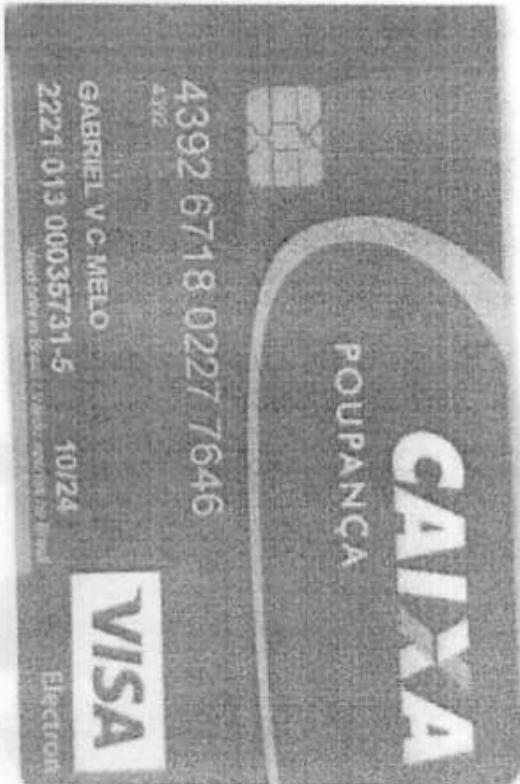
1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/10/2020 15:04:31
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102315043137800000034231887>
Número do documento: 20102315043137800000034231887

Num. 35843304 - Pág. 4



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº00349.01.2018.2.00.420



OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 23/07/2018

Hora: 10:44:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Rua Martiliano Machado, JOSÉ PINHEIRO, Campina Grande, PB.

Ponto de referência: Próximo da Vila Plínio Lemos

PARTE(S)

VITIMA

Nome: Gabriel Vasconcelos da Cunha Melo

Conhecido por: Não informado

Filiação: Adriama Barreto de Melo e Saulo Vasconcelos da Cunha

Idade: 18

Data de Nascimento: 17/05/2000

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: solteiro(a)

Escolaridade: Não informado

Profissão: Estudante

Cargo: Não informado

Matrícula: Não informado

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 135.673.274-70

Endereço: Rua Elvira Araújo Agra, 197, Mirante, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Ponto de referência: Perto do Supermercado Extra

Telefone: (83) 99324-4481

TESTEMUNHA

Nome: Sizenando Cabral de Farias

Conhecido por: Não informado

Filiação: Antônia Ribeiro Cabral e Severino Fabricio de Farias

Idade: 42

Data de Nascimento: 28/08/1976

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: casado(a)

Escolaridade: Não informado

Profissão: Promotor de Vendas

Cargo: Não informado

Matrícula: Não informado

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 030.532.644-98

Endereço: Rua- Djalma Miguel de Moraes, 47, Mirante, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Ponto de referência: Na Rua da Quadra do Colégio Regina Coeli

Telefone: (83) 98840-2120



Procedimento Policial: 00349.01.2018.2.00.420

1/3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/10/2020 15:04:31

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102315043137800000034231887>

Número do documento: 20102315043137800000034231887

Num. 35843304 - Pág. 5



TESTEMUNHA

Nome: Joyce do Nascimento Santos
Conhecido por: Não informado
Filiação: Raquel do Nascimento e Josinaldo Nascimento dos Santos
Idade: 20 Data de Nascimento: 21/04/1998 Identidade de Gênero: masculino
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Não informado Profissão: Babá
Cargo: Não informado Matrícula: Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 703.929.284-00
Endereço: Rua Pedro da Costa Agra (defronte o Cemitério de José Pinheiro), JOSÉ PINHEIRO, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Próximo do Cemitério de José Pinheiro
Telefone: Não informado

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca Honda, modelo CG 160 TITAN EX, tipo de veículo Motocicleta, cor Preta, ano 2016, placa QFN-5309, chassi 9C2KC2210GR007482, renavam 0106838691-3

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/CG 160 TITAN EX, Ano/Modelo 2015/2016, cor preta, Placa QFN-5309-PB, Chassi de Nº 9C2KC220GR007482, licenciada em nome de Saulo Vasconcelos da Cunha, quando trafegava na rua Martiliano Machado, bairro José Pinheiro, momento em que o piloto de outra motocicleta de sinais e condutor não identificado, quando transitava em alta velocidade colidiu na lateral da moto em que o comunicante pilotava, tendo a vítima caído ao solo e sofrido fratura do Punho esquerdo, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.



Procedimento Policial: 00349.01.2018.2.00.420

2/3



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**

**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Campina Grande/PB, 08 de novembro de 2018.



SEVERINO DE CARVALHO LOPES

Delegado(a) de Polícia Civil

GABRIEL VASCONCELOS DA CUNHA MELO

Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR

Escrivão de Polícia



Procedimento Policial: 00349.01.2018.2.00.420

3/3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/10/2020 15:04:31
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102315043137800000034231887>
Número do documento: 20102315043137800000034231887

Num. 35843304 - Pág. 7



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL: **0037413159** CPF da vítima: **135.673.27470** Nome completo da vítima: **Gabriel Verezonelis de Cunho Mello**
Nome completo: **Gabriel Verezonelis de Cunho Mello** CPF: **135.673.27470**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:	Gabriel Verezonelis de Cunho Mello	Número:	47	
Profissão:	Estudante	Endereço:	Rua D'Safira Miguel de Moraes	
Bairro:	Monte	Cidade:	Campina Grande	
E-mail:	meicavm...@gmai...l.com.br			
	Estado:	PB	CEP:	58407-590
			TeL(DDD):	8333341289

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
AGÊNCIA: 2221	CONTA: 35731	(Informar o dígito se existir)	Nome do BANCO: _____
		(Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____
		(Informar o dígito se existir)	CONTA: _____
		(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que **assinalar uma das opções:**

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se eletrônico)

Local e Data: **Comprida Sionelli 30/01/2019**
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

2º | Nome: _____
 CPF: _____



Assinatura do Representante Legal (se houver) **José Belmo Sionelli** Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do ínterio teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 23/7/2018	HORA: 10:44 HRS	ID Nº: 1712390
NOME: GABRIEL VASCONCELOS DA CUNHA MELO,		
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL: RUA: MARTILIANO MACHADO - JOSE PINHEIRO		
COMPLEMENTO: PROXIMO AO PLINIO LEMOS		
CIDADE: CAMPINA GRANDE / PB		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Campina Grande, 15 de agosto de 2018.

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192



SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191



NADA MARIA ASCONSELHOS DA CUNHA
RUA D'ALMA MIGUEL DE MORAIS 47
CEP 5447-320 - CAMPINA GRANDE - PB

CEP 58497-300 · CAMPINA GRANDE · PB / 161

三

ROTEIRO: 002-0401-202-2190
Nº do Medidor: 00000751063

MEAL / Montaña
0
Referencia: 2011/18

100

Wählen Sie einen der folgenden Anbieter für Ihre Anfrage: 0800 023 0196

104

Baudelaire

卷之三

INDICADORES DE CALIDAD	VALOR	ESTÁNDAR	VALOR	ESTÁNDAR
IC. BOMBA	8.27	0.01	IC. BOMBA	222
IC. PISTOLA	13.03	0.01	CONT. CANTO	302
IC. AURIC.	21.25	0.01	LÍMITE INFERIOR	221
IC. MECAN.	2.40	0.01	LÍMITE SUPERIOR	271
IC. PISTOLA	4.42	0.01		
IC. AURIC.	11.2	0.01		
IC. MECAN.	1.12	0.01		
IC. BOMBA	8.27	0.01		

41

卷之三

APÓS OS CRITÉRIOS

10

卷之三

1

JULH8	10000	30773	10000	112	42
DEPARTAMENTO					

1

23/07/2018					
CD	Descrição	Quantidade	Preço Unit.	Valor Total	Itens
0001	Cartão de Vida	100.000	R\$ 1,00	R\$ 100.000,00	100

卷之二

09/08/2018	001 ADR. D. MARIANNA
LACRAMENTOS E SERVIÇOS	
001 CONTRA LUMPERUCA	11,10
004 JABÔS DE MÔRA 05/2018	2,04
005 MATA DOOMIR	2,70
005. ATUALIZAÇÃO MÔRA/ARIA (05/2018)	1,20

卷之三

A circular stamp with the text "LIFE ASSESSORIA" at the top and "CORRETORA DE SEGUROS" at the bottom, with the date "31 JAN. 2019" in the center.



TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.11/0012-21 - INSC. ESTADUAL: 16.084.797-5
AV. FRIAS EPITACIO PESSOA, 660 - JARDIM PESSOA - PB CEP: 58040-000
MATERIAL: CEP: 33.000.11/0001-75

卷之三

INACIO BRUNO SARMENTO
TV DINAMERICA ALVES CORREIA, 1020 LJ 2
SANTA ROSA
58416-682 CAMPINA GRANDE-PB

Referência

Total a pagar
R\$ 13,76

Vencimento
02/12/2018

Telefone (83) 3334-1289

Resumo da sua fatura



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:

<https://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 resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Inácio Bruno Sarmiento inscrito (a) no CPF 036 781 814, 06, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gabriel Vassouras da Cunha Melo inscrito (a) no CPF sob o Nº 135 673 274, 70, do sinistro de DPVAT cobertura Individual, da Vítima Gabriel Vassouras da Cunha Melo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 135 673 274, 70, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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	Número	Complemento
<u>PV. Dinomunes Alves Contra</u>	<u>1010</u>	<u>Lago 02</u>
Bairro	Estado	CEP
<u>Dinomunes</u>	<u>PR</u>	<u>58400-000</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>inacio.bruno.sarmiento@gmail.com</u>	<u>83 33341189</u>	<u>83 999885048</u>

C. Gromel, 30 de Janeiro de 2019
Local e Data

Inácio Bruno Sarmiento
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Saulo Vasconcelos da Cunha

RG nº 325876, data de expedição 30/10/2014
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 028200539-08, com
domicílio na cidade de Campina Grande, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Djalma Mendes de Melo nº 43
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Daniel V. da Cunha Melo, cujo o condutor era
Daniel Vasconcelos da Cunha Melo.

Veículo: Motocicleta.

Modelo: Motocicleta Honda CG160 TITAN CR

Ano: 2015

Placa: QFN 5300 / PB

Chassi: 9C2KC221060007482

Data do Acidente: 23/10/2018

Local e Data: Campina Grande - PB 25/10/2018

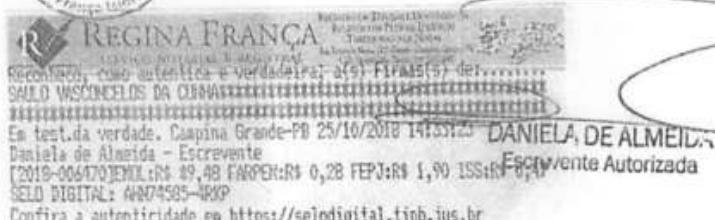
5º Ofício

Saulo Vasconcelos da Cunha

Assinatura do Declarante



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







SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Gabriel Vasconcelos da Cunha Melo.		
End:	R. Volma Miguel de Morais, 42 Bairro: Mirante		
Data de Nascimento:	31/05/2000	Documento de Identificação:	
Queixa:	Colírio	Data do Atend.:	23/07/2018 Hora: 11:46 Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Moto / Motoboy.

Classificação de Risco

Nível de consciência:	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto:	<input checked="" type="checkbox"/> Calmo	<input type="checkbox"/> Fáceis de dor	<input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	20			Frequência cardíaca:	40		
Pressão arterial:	120/80			Temperatura axilar:			
Dosagem de HGT:	100			Mucosas:	<input type="checkbox"/> Normocorada	<input type="checkbox"/> Pálida	
Deambulação:	<input type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas	<input type="checkbox"/> Maca				2019-07-23 11:46

Estratificação

MOD. 110

- Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

- Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura de S. Moreira
ENFERMEIRA
COHEN SUS
01

Assinatura e carimbo do profissional





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Gabriel Vasconcelos da Cunha Melo.	
End:	R: Djalma Miguel de Moraes, 47 Bairro: Mirante	
Data de Nascimento:	18/05/2000	Documento de Identificação:
Queixa:	Colisão	
Acidente de trabalho?	Sim	

Moto / Moto:	Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular		
Frequência respiratória:	20	Frequência cardíaca:	70
Pressão arterial:	120/80	Temperatura axilar:	36,5
Dosagem de HGT:	100	Mucosas:	<input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida
Dearambulação:	<input type="checkbox"/> Livre <input checked="" type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	Data 07/07/2020	

Estratificação

MOD. 110

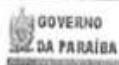
Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura de S. Moreira
ENFERMEIRA
COPAS 502

Assinatura e carimbo do profissional





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

PACIENTE: GABRIEL VASCONCELOS DA CUNHA MELO

DATA DO EXAME: 23.07.2018

RADIOGRAFIA DE PUNHO

- Fratura no terço distal da diáfise do rádio, sem desalinhamento dos fragmentos ósseos.
- Demais ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

43

RADIOGRAFIA DE ANTEPÉ

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

Arthur José Ventura
CRM/PB: 6481

Dra. Míriam Albino
CRM/PB 6435

Dra. Marcella Farias
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramoné Miranda
CRM/PB: 8226

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101







SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Gabriel Vasconcelos da Cunha Melo.		
End:	R. Volma Miguel de Morais, 42 Bairro: Mirante		
Data de Nascimento:	31/05/2000	Documento de Identificação:	
Queixa:	Colírio	Data do Atend.:	23/07/2018 Hora: 11:46 Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Moto / Motoboy.

Classificação de Risco

Nível de consciência:	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto:	<input checked="" type="checkbox"/> Calmo	<input type="checkbox"/> Fáceis de dor	<input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	20			Frequência cardíaca:	40		
Pressão arterial:	120/80			Temperatura axilar:			
Dosagem de HGT:	100			Mucosas:	<input type="checkbox"/> Normocorada	<input type="checkbox"/> Pálida	
Deambulação:	<input type="checkbox"/> Livre	<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas	<input type="checkbox"/> Maca				2019-07-23 11:46

Estratificação

MOD. 110

- Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

- Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura de S. Moreira
ENFERMEIRA
COHEN 8150

Assinatura e carimbo do profissional





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Gabriel Vasconcelos da Cunha Melo.	
End:	R: Djalma Miguel de Moraes, 47 Bairro: Mirante	
Data de Nascimento:	18/05/2000	Documento de Identificação:
Queixa:	Colisão	
Acidente de trabalho?	Sim	

Moto / Moto:	Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular
Frequência respiratória: 20	Frequência cardíaca: 70
Pressão arterial: 120/80	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT: 100	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	2019-07-23 09:48

Estratificação

MOD. 110

Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura de S. Moreira
ENFERMEIRA
CREF 5024

Assinatura e carimbo do profissional





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

PACIENTE: GABRIEL VASCONCELOS DA CUNHA MELO

DATA DO EXAME: 23.07.2018

RADIOGRAFIA DE PUNHO

- Fratura no terço distal da diáfise do rádio, sem desalinhamento dos fragmentos ósseos.
- Demais ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

43

RADIOGRAFIA DE ANTEPÉ

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

Arthur José Ventura
CRM/PB: 6481

Dra. Míriam Albino
CRM/PB 6435

Dra. Marcella Farias
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramoné Miranda
CRM/PB: 8226

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/10/2020 15:04:31
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102315043137800000034231887>
Número do documento: 20102315043137800000034231887

Num. 35843304 - Pág. 22

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		
NOTA FISCAL GERAL	4.380.250	DATA DE EXPEDIÇÃO 04/12/2015
NOME GABRIEL VASCONCELOS DA CUNHA MELO		
NASCIMENTO SAULO VASCONCELOS DA CUNHA ADRIANA BARRETO DE MELO		
DATA DE NASCIMENTO 17/05/2000		
NATURALIDADE CAMPINA GRANDE-PB		
DOC. ORIGINAL		
CERT. NASC. Nº 1.784 - LIV. A-02 - FLS 122 - CARTÓRIO CAMPINA GRANDE-PB		
Assinado em 28/08/2013		





MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO



Número
135.673.274-70

Nome

GABRIEL VASCONCELOS DA CUNHA MELO

Nascimento
17/05/2000

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



SELO DIGITAL: AF144766-70JS

Consulte a autenticidade em <http://selodigital.tjpb.jus.br>

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE NOTAS

Rua Marquês da Hora, 53 - Centro - Fone: 3311-6035

CNPJ: 00.385.545/0001-76

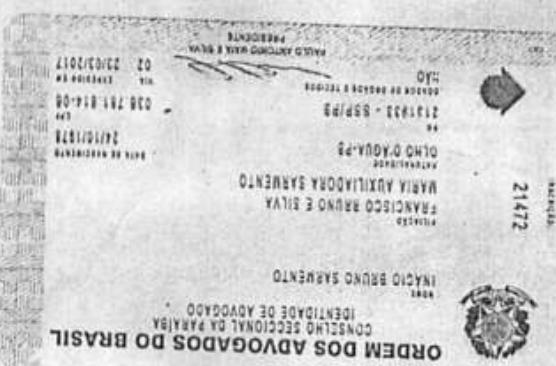
Bel. Pedro Oliveira de Lucena

Caráter e valor da presente cópia fotostática
é a reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande

28/06/17

Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12768720



Assinado eletronicamente por: SUELI MOREIRA TORRES - 23/10/2020 15:04:31

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102315043137800000034231887>

Número do documento: 20102315043137800000034231887

Num. 35843304 - Pág. 25



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/10/2020 15:04:31
<http://pj.e.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010231504313780000034231887>
Número do documento: 2010231504313780000034231887

Num. 35843304 - Pág. 26



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Gabriel Vosneulos de Castro Mello
 DATA DO ACIDENTE 23/07/2018 CPF DA VÍTIMA 135.673.274-30
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Gabriel Vosneulos de Castro Mello
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTEESCO COM A VÍTIMA É Gabriel Vosneulos de Castro Mello
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Djalma Magalhães de Menezes
 N° 62 COMPLEMENTO BAIRRO Morumbi
 CIDADE Campinas Estado SP CEP 13407-590
 E-MAIL TELEFONE (13) 33341289

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, TAI 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 DA 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, TAI 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

-  VALORES DE INDENIZAÇÃO
 • MORTE + R\$ 15.500,00
 • 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 2204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 30/01/2019IDENTIDADE 4880250ASSINATURA Gabriel Vosneulos de Castro Mello

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA NOME ASSINATURA 

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/10/2020 15:04:31

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102315043137800000034231887>

Número do documento: 20102315043137800000034231887

Num. 35843304 - Pág. 27

PROCURACÃO

OUTORGANTE: Gabriel Vazconcelos da Cunha Neto brasileiro(a),
estado civil solteiro, profissão estudante, inscrito
no CPF de nº 135.167.312-70, e no RG de nº 4780.250, residente
e Domiciliado a Rua: Djalma Magalhães de Moraes, nº 47,
Bairro Mirante, na Cidade de Campos Gerais,
Estado Pará, CEP 58407-590.

OUTORGADO: INACIO BRUNO SARMENTO, brasileiro, casado, Advogado, inscrito no CPF de Nº. 036.781.814-06, RG de nº 2131933, SSP/PB e OAB/PB de nº 21.472, escritório localizado na Av. Dinamerica Alves Correia, 1020, Iota 02, Dinamerica, Campina Grande/PB.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro DPVAT cobertura por: Imobiliz, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Gabriel Vassouras de Sávio Lobo, ocorrido em 23/10/2018, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandado.

Campina Grande/PB, em 25 de Outubro de 2018

50.0 fine.

Outornante

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

A circular stamp with a double border. The outer ring contains the text '5º Oficio Notarial e Registral' at the top and 'Baja California' at the bottom. The inner circle contains the address 'Avenida de la Constitución 3-10, Oficina de Notario, Baja California, 23210, Mexicali, Baja California, Mexico'.

REGINA FRANCA

DANIELA DE ALMEIDA
Escrivãe Autorizada

A circular stamp with the text "LIFE ASSESSORIA" at the top, "CORRETORA DE SEGURO" at the bottom, and the date "31 JAN. 2019" in the center.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0037413/19

Vítima: GABRIEL VASCONCELOS DA CUNHA MELO

CPF: 135.673.274-70

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/07/2018

Titular do CPF: GABRIEL VASCONCELOS DA CUNHA MELO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

INACIO BRUNO SARMENTO : 036.781.814-06

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

GABRIEL VASCONCELOS DA CUNHA MELO : 135.673.274-70

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 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: 31/01/2019
Nome: GABRIEL VASCONCELOS DA CUNHA MELO
CPF: 135.673.274-70

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/01/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

GABRIEL VASCONCELOS DA CUNHA MELO

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/10/2020 15:04:31
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102315043137800000034231887>
Número do documento: 20102315043137800000034231887

Num. 35843304 - Pág. 29



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo: 08082953520198150001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **GABRIEL VASCONCELOS DA CUNHA MELO**, em trâmite perante este Duto Juízo, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do **RECIBO DE PAGAMENTO** em anexo, com fito de **comprovar o pagamento dos honorários do perito nomeado pelo Juízo**.

Termo em que,
Pede Juntada.

CAMPINA GRANDE, 12 de agosto de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/10/2020 15:04:31
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102315043164900000034231890>
Número do documento: 20102315043164900000034231890

Num. 35843307 - Pág. 1