



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
35843041	23/10/2020 15:04	Petição	Petição
35843048	23/10/2020 15:04	2616276_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_03	Outros Documentos
35843304	23/10/2020 15:04	2616276_JUNTADA DE DOCS_Anexo_01	Outros Documentos
35843307	23/10/2020 15:04	2616276_JUNTADA_DE_DOCS_03	Outros Documentos

EM ANEXO





			Nº DA CONTA JUDICIAL	
			2700111551884	
Nº DA PARCELA		DATA DO DEPÓSITO	AGÊNCIA (PREF / DV)	TIPO DE JUSTIÇA
0		10/08/2020	3331	ESTADUAL
DATA DA GUIA	Nº DA GUIA	Nº DO PROCESSO	TRIBUNAL	
10/08/2020	2616276	08082953520198150001	TRIBUNAL DE JUSTICA	
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				





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, contatos 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,

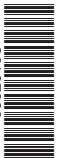
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13889612

Pag. 00335/00336 - carta_01 - INVALIDEZ

00020168





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





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 Vitorino de Azevedo
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Gabriel Vitorino de Azevedo CPF: 135.673.27470
Profissão: Estudante Endereço: Rua D. Salmo Miguel de Moraes Número: 47 Complemento:
Bairro: Monte Cidade: Campina Grande Estado: PB CEP: 58407-590
E-mail: maeisbuna.az@ig.com.br Tel.(DDD): 8333341289

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO 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 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 Líder 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) ☐ Divorçado ☐ 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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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 obrigatório

Local e Data: Campina Grande 30/10/2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Gabriel Vitorino de Azevedo

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

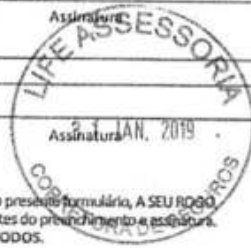
TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____



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

FPS.001 V001/2018







BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº00349.01.2018.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação I: 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
TESTEMUNHA	Complemento: Não informado
	Ponto de referência: Perto do Supermercado Extra
	Telefone: (83) 99324-4481
	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





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 N° 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



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
GABRIEL VASCONCELOS DA CUNHA MELO
Notificante

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia



Procedimento Policial: 00349.01.2018.2.00.420

3/3





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 Venceslau do Carmo Melo

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

Nome completo: Gabriel Venceslau do Carmo Melo CPF: 135.673.27470

Profissão: Engenheiro Endereço: Rua Osório Miguel de Moraes Número: 47 Complemento:

Bairro: Monte Cidade: Campina Grande Estado: PB CEP: 58407-590

E-mail: moeis@uol.com.br Tel.(DDD): 8333341289

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

REDA MENSAL: ☒ RECUSO 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 POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 2221 CONTA: 357315

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

Autorizo a Seguradora Líder 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 Líder 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) ☐ Divorçado ☐ 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/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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 necessária

Local e Data: Campina Grande 30/01/2019

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____



FPS.001 V001/2018

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





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 Emergencia e Trauma		

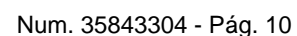
Campina Grande, 15 de agosto de 2018.

Deocleio 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





TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.118/0012-21 - INSC. ESTADUAL: 16.084.757-5
AV. PRES. EPITÁCIO PESSOA, 650 - JARD. PESSOA - PB CEP: 58040-000
MATRIZ CEP: 33.000.118/0001-78



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

Referência

NOVEMBRO /2018

Total a pagar

R\$ 13,76

Vencimento

02/12/2018

Telefone

(83) 3334-1289

Resumo da sua fatura

R\$ 30,75



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/BIBLIOTECABR/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, de 06 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gabriel Vasconcelos da Cunha Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 135623224, 70 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Gabriel Vasconcelos da Cunha Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 135623224, 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 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		Número	Complemento
Av. Dinameneo Alves Cunha		1010	Lagoa 02
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Dinameneo	Campana Grande	PIB	58400-000
E-mail	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)
inacio.bruno.sarmiento@gmail.com	85 33341289		85 999885048

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

Inácio Bruno Sarmiento
Assinatura do Declarante



DLDR.L001 V001/2017



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 028 200539-08, com
domicílio na cidade de Campina Grande, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Djalma Miguel de Menezes, 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 Gabriel V. de Cunha Melo, cujo o condutor era
Gabriel Vasconcelos de Cunha Melo.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Motocicleta Honda CG160 TITAN
Ano: 2015
Placa: UFN 5300/PB
Chassi: 9C2K221000007482
Data do Acidente: 23/07/2018
Local e Data: Campina Grande - PB 25/10/2018

5º Ofício

Assinatura do Declarante

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



REGINA FRANCA
Escritora Autorizada
Reconhecido, como autêntico e verdadeiro: a(s) FIRMAS(EM) de: SUELIO MOREIRA TORRES
SAULO VASCONCELOS DA CUNHA
Em testada verdade, Campina Grande - PB 25/10/2018 14:55:23
Daniela de Almeida - Escrivente
[2019-006470]EMIL:R\$ 49,48 FAPER:R\$ 0,28 FEPI:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,40
SELO DIGITAL: 44074585-WXP
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





RAIO-X
REALIZADO EM 23.07.18

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS
Nº 1
Falecer em casa + curativo

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:
MÉDICO SOLICITANTE
Especialista: _____
Especialista: _____
SOLICITAÇÃO DE PACIENTE MÉDICO:
() Radiografia computadorizada
() Laboratorial
() Ultrassonografia

EXAMES SOLICITADOS:
() Radiografia computadorizada
() Laboratorial
() Ultrassonografia

PATÓLOGIAS:
EXAME FÍSICO
PULSAIS () Isotônicos () Anisotônicos ()
Glaucos PA: _____ HT: _____ Sístole: _____

MEDICAMENTOS:
ALERGIA: _____

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS
Fórmula celular de sangue de 20/07/18
Fórmula no pulso de 20/07/18
Fórmula de 20/07/18

QUEIMADURA:
Superfície corporal ferida: _____
Gravidade: _____
Gravidade: _____
Gravidade: _____
Gravidade: _____

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)

MECANISMO DO TRAUMA
OBS FICHA:
Médico: _____
Módulo ACIDENTE DE TRÁFICO X MOTO
Data de Nascimento: 11/04/82
Data de Nascimento: 11/04/82
Data de Nascimento: 11/04/82
Data de Nascimento: 11/04/82

PACIENTE: GABRIEL VASCONCELOS
CPF: 035.542.895
Data de Nascimento: 11/04/82
Data de Nascimento: 11/04/82
Data de Nascimento: 11/04/82
Data de Nascimento: 11/04/82

PRONT (B.E.) N.º 1698462
CLASS. DE RISCO: AMARELO
Atendimento Urgência
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
Secretaria de Saúde
Governo do Estado do Rio de Janeiro





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 Morais, 42 Bairro: Litorânea		
Data de Nascimento:	31/05/2000	Documento de Identificação:	
Queixa:	Colúbia	Data do Atend.:	23/07/2018 Hora: 22:46 Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim () Não		

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:	20	Frequência cardíaca:	40
Pressão arterial:	120/80	Temperatura axilar:	
Dosagem de HGT:	108	Mucosas:	() Normocorada () Pálida
Deambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Maca		

Estratificação

- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110





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 Morais, 47 Bairro: Lirante		
Data de Nascimento:	18/05/2000	Documento de Identificação:	
Queixa:	Colúbia	Data do Atend.:	23/07/2019 Hora: 14h
Acidente de trabalho?	Não		

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: 108	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	Assinatura: [assinatura] Data: 23/07/2019

Estratificação

- ☐ Vermelho - atendimento imediato
☐ Verde - atendimento até 4 horas

- ☒ Amarelo - atendimento até 1 hora
☐ Azul - atendimento ambulatorial

SUELIO MOREIRA TORRES
ENFERMEIRA
COREN 508

Assinatura e carimbo do profissional





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

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.

Artur José Ventura
CRM/PB: 6481

Dra. Miriam Albino
CRM/PB: 6435

Dra. Marcella Farias
CRM/PB: 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramoniê Miranda
CRM/PB: 8226

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101





RAIO-X
REALIZADO EM
23.07.18

Dr. Suelio Moreira Torres
CRM 1017016

Nº 1
PRESCRIÇÕES E CONDUTAS
HORARIO REALIZADO

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:
MÉDICO SOLICITANTE

Exatidão: 1
Exatidão: 1

SOLICITAÇÃO DE PACIENTE MÉDICO:

Exames solicitados:

Exames solicitados:

Exames solicitados:

Exames solicitados:

Exames solicitados:

Exames solicitados:

Exames solicitados:

Exames solicitados:

Exames solicitados:

Exames solicitados:

Exames solicitados:

Exames solicitados:

Exames solicitados:

Exames solicitados:

Exames solicitados:

Exames solicitados:

Exames solicitados:

Exames solicitados:

Exames solicitados:

Exames solicitados:

Exames solicitados:

Exames solicitados:

Exames solicitados:

QUEMADURA:
Superfície corporal lesada:
Gravidade: 1º grau, 1º grau, 1º grau

Gravidade: 1º grau, 1º grau, 1º grau

Gravidade: 1º grau, 1º grau, 1º grau

Gravidade: 1º grau, 1º grau, 1º grau

Gravidade: 1º grau, 1º grau, 1º grau

Gravidade: 1º grau, 1º grau, 1º grau

Gravidade: 1º grau, 1º grau, 1º grau

Gravidade: 1º grau, 1º grau, 1º grau

Gravidade: 1º grau, 1º grau, 1º grau

Gravidade: 1º grau, 1º grau, 1º grau

Gravidade: 1º grau, 1º grau, 1º grau

Gravidade: 1º grau, 1º grau, 1º grau

Gravidade: 1º grau, 1º grau, 1º grau

Gravidade: 1º grau, 1º grau, 1º grau

Gravidade: 1º grau, 1º grau, 1º grau

Gravidade: 1º grau, 1º grau, 1º grau

Gravidade: 1º grau, 1º grau, 1º grau

Gravidade: 1º grau, 1º grau, 1º grau

Gravidade: 1º grau, 1º grau, 1º grau

Gravidade: 1º grau, 1º grau, 1º grau

Gravidade: 1º grau, 1º grau, 1º grau

Gravidade: 1º grau, 1º grau, 1º grau

Gravidade: 1º grau, 1º grau, 1º grau

Gravidade: 1º grau, 1º grau, 1º grau

Gravidade: 1º grau, 1º grau, 1º grau

Gravidade: 1º grau, 1º grau, 1º grau

Gravidade: 1º grau, 1º grau, 1º grau

Gravidade: 1º grau, 1º grau, 1º grau

Gravidade: 1º grau, 1º grau, 1º grau

Gravidade: 1º grau, 1º grau, 1º grau

Gravidade: 1º grau, 1º grau, 1º grau





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 Morais, 42	Bairro:	Lirante
Data de Nascimento:	31/05/2000	Documento de Identificação:	
Queixa:	Colúrea	Data do Atend.:	23/07/2018
Acidente de trabalho?	() Sim	Hora:	22:46
	() Não	Documento:	

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom () Regular () Baixo	Aspecto:	() Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:	20	Frequência cardíaca:	40
Pressão arterial:	120/80	Temperatura axilar:	
Dosagem de HGT:	108	Mucosas:	() Normocorada () Pálida
Deambulação:	() Livre () Cadeira de rodas () Maca		

Estratificação

- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110





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 Morais, 47 Bairro: Lirante		
Data de Nascimento:	18/05/2000	Documento de Identificação:	
Queixa:	Colúbia	Data do Atend.:	23/07/2019 Hora: 14h
Acidente de trabalho?	Não		

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: 108	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	Assinatura: [assinatura] Data: 23/07/2019

Estratificação

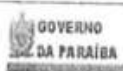
- ☐ Vermelho - atendimento imediato
☐ Verde - atendimento até 4 horas

- ☒ Amarelo - atendimento até 1 hora
☐ Azul - atendimento ambulatorial

SUELIO MOREIRA TORRES
ENFERMEIRA
COREN 508

Assinatura e carimbo do profissional





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

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.

Dr. Arthur José Ventura
CRM/PB: 6481

Dr. Miriam Albino
CRM/PB: 6435

Dr. Marcella Farias
CRM/PB: 6550

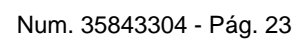
Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramoniê Miranda
CRM/PB: 8226

Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 6101








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



CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marquês do Herval, 83 - Centro - Fone: 3341-6035
CNPJ: 09.385.245/0001-76
Edu. Pedro Oliveira de Lucena

Certifico a dev. f. e. e. presente cópia fotostática
A. e. Reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande **28 06 17**

Bol. Pedro Oliveira de Lucena
Taboão

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12768720

USO OBRIGATORIO
SENTENÇA CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(ART. 13 DA LEI Nº 11.340/2006)


ASSINATURA DO POSTADOR
Inácio Bruno Sarmento


OBRIGADO




ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ABOGADO

INACIO BRUNO SARMENTO
FRANCISCO BRUNO E SILVA
MARIA AUXILIADORA SARMENTO

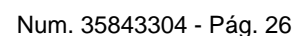
21/06/2017
21/06/2017
21/06/2017

21472





31 JAN, 2019





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Gabriel Vozomello de Castro Melo
 DATA DO ACIDENTE 03/07/2018 CPF DA VÍTIMA 135.673.274-70
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Gabriel Vozomello de Castro Melo
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Gabriel Vozomello de Castro Melo
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Djalma Miguel de Moraes
 Nº 42 COMPLEMENTO Número BAIRRO Nunobim
 CIDADE Campina Grande UF PB CEP 58407-590
 E-MAIL gabriel.vozomello@gmail.com TELEFONE (33) 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, 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 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, 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

- 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 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.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 20/01/2019
 IDENTIDADE 4880-250
 ASSINATURA Gabriel Vozomello de Castro Melo

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Gabriel Vasconcelos da Cunha Melo brasileiro(a),
estado civil solteiro, profissão estudante, inscrito
no CPF de nº 135.1673.1274.170, e no RG de nº 4380.250, residente
e Domiciliado a Rua: Djalma Pinheiro de Morais, nº 47,
Bairro Monte, na Cidade de Campina Grande,
Estado Pernambuco, 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, loja 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: Involuntiz, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Gabriel Vasconcelos da Cunha Melo, 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 mandato.

Campina Grande/PB, em 25 de Outubro de 2018

5º Ofício Gabriel Vasconcelos da Cunha Melo
Outorgante
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)
REGINA FRANÇA
Escritor(a) Autorizada
DANIELA DE ALMEIDA
Escritor(a) Autorizada
Em feição da verdade, Campina Grande-PB 25/10/2018 14:32:45
Daniela de Almeida - Escritor(a)
2018-000497000-00 19.40 FAPF0000 0,26 FEP000 1,90 ISS:00 0,40
SELO DIGITAL 000497000-0000
Confira a autenticidade em <https://wslodigital.tjpb.jus.br>



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0037413/19

Vítima: GABRIEL VASCONCELOS DA CUNHA MELC

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





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7ª 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 Douto 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

