



Número: **0800423-72.2020.8.15.0311**

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	
MARIA DE LOURDES DE SOUSA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31107308	29/05/2020 12:01	2721771_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190254615

Vítima: MARIA DE LOURDES DE SOUSA

Data do Acidente: 10/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DE LOURDES DE SOUSA

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 14139750

Pag. 01579/01580 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 04 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190254615

Vítima: MARIA DE LOURDES DE SOUSA

Data do Acidente: 10/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DE LOURDES DE SOUSA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01969/01970 - carta_03 - INVALIDEZ

00050985



Carta nº 14154190





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 Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190254615

Vítima: MARIA DE LOURDES DE SOUSA

Data do Acidente: 10/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARIA DE LOURDES DE SOUSA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01335/01336 - carta_16 - INVALIDEZ



Carta nº 14833964



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: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

025 267 844-33

Maria de Lourdes de Sousa

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

Nome completo: CPF: 025.267.844-33
Profissão: Engenheira Endereço: Rua do Logradouro de Sousa São João Número: 510 Complemento:
Bairro: Zona Rural Cidade: Pimenta do Indai Estado: PB CEP: 58755-000
E-mail: maria_cobocora@gmail.com Tel.(DDD): (81) 3546-1036

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: BRANDES CO
AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (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 (no mínimo) 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 autenticação não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
02-ABR-2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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 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 alfabetizado
Local e Data, Pimenta do Indai/PB, 02/04/2018
Nome:
CPF:

TESTEMUNHAS

1ª Nome: CPF:

Assinatura

2ª Nome: CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

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 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



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
02 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Cartão





GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
16ª AISP DE POLÍCIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL



C E R T I D ã O

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Livros de Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a seguinte Ocorrência Policial: Nº 564/2018, LIVRO nº 03/2018, sob a responsabilidade da autoridade policial, Delegado, GUTENBERG JOSÉ DA COSTA MARQUES CABRAL

DATA: 31 de outubro do ano de Dois Mil e Dezoito

HORA: 10h50min

CIDADE: PRINCESA ISABEL - PB

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
02 ABR. 2019
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

Noticiante: MARIA DE LOURDES DE SOUSA

Estado civil: Solteira RG: 1.958.237-2 via SSDS/PB CPF: 025.267.844-33

Sexo: Feminino Nascimento: 28.02.1977 Idade: 41 anos

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: Princesa Isabel/PB

Profissão: Agricultora Alfabetizado: Sim

Filiação: José Domingos de Sousa e Rita Olívia de Sousa

Endereço: Povoado Lagoa de São João, Zona Rural, Princesa Isabel/PB.

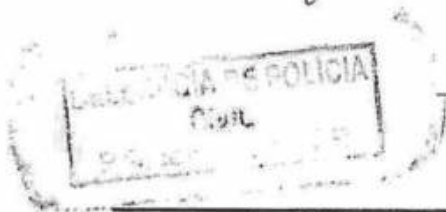
NARRATIVA

QUE no dia 10.10.2018, por volta das 17h30min, quando se encontrava parada sobre sua motocicleta HONDA CG 150 TITAN KS, Cor Vermelha, Ano 2007/2008, Placa KLH 7660/PE, Chassi 9C2KC08108R035771, foi abalroada por uma outra motocicleta de placa não anotada, vindo a cair ao solo; QUE foi socorrida e encaminhada para o hospital Regional de Princesa Isabel/PB (HRPI); QUE sofreu queimadura de 2º grau na perna esquerda.

O referido é verdade, Dou fé. Termo de Responsabilidade: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão (Artigo 233, do C.P.S. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 01 (um) a 03 (três) anos).

Notificante

Maria de Lourdes de Sousa



[Signature] 155.689-1

Rua Cel. José Pereira Lima, 58, Alto do Cascavel, Princesa Isabel - PB.
Fone/fax: (0XX83) 3457 2381.



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: _____ CPF da vítima: 025 267 844-33 Nome completo da vítima: Maria de Lourdes de Sousa

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

Nome completo: Maria de Lourdes de Sousa CPF: 025.267.844-33
Profissão: emprego Endereço: Rua do Logos de Sousa São João Número: 510 Complemento: _____
Bairro: Boa Rural Cidade: Pimenta Indel Estado: PB CEP: 58755-000
E-mail: marcelo@comat.com Tel.(DDD): (81) 3846-1036

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) ☐ Itaiú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BRANDES CO
AGÊNCIA: 3457 6 CONTA: 02003708
(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 averbação não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
02-ABR-2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não 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 alfabetizado

Local e Data: Pimenta Indel PB 02/04/2018

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: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) 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.

[illegible]

JOSE DOMINGOS DE SUZA
LOC POV LAGOA DE SAO JOAO, S/N - AREA RURAL
PRINCESA ISABEL / PE CEP: 56755-000 (AG. 195)
Emissão: 29/05/2018 Referência: Mai/2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/BAIXA RENDA MONOFÁSICO 0-270, Km25 - Centro Redentor-João Pessoa/PB - CEP 50011-600
Roteiro: 17 - 195 - 178 - 1940 Nº medidor: 0005990786



ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.096.182/0001-40 Ins. Est. 16.915.023-9

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 007.271.828
Cód. para Dth. Automático: 00004418128

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

CONFIRMAR	APROVADO	PRÉ-ANALISADO	REJEITADO
Mai/2018	29/05/2018	28/06/2018	33894990406

Unidade Consumidora: 33894990406

NOTA CONSUMIDOR
Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 29 de abril de 2002.
Basta o aplicativo Energisa CN em qualquer smartphone ou tablet. Você terá acesso à segunda via da conta, mudança de titularidade, informações sobre a falta de energia e diversas outras funcionalidades. Tudo sem precisar sair de casa. Experimente e aproveite essas facilidades.

DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	1	2
27/04/18	25	29/05/18	78	51	32

CD	Descrição	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
0601	Consumo 30kWh-BR	30,000	0,238970	7,10	7,10	25	1,77
0601	Consumo - 31,4 100kWh-BR	33,000	0,408320	9,34	9,34	25	2,33
0601	Adic. E Amarela			0,25	0,25	25	0,07
0610	Subsídio			20,59	20,59	25	5,18
0903	CONTRIB ILUM PUBLICA			8,00	0,00	0	0,00
0904	JUROS DE MORIA 03/2018			0,08	0,00	0	0,00
0905	MULTA 03/2018			0,18	0,00	0	0,00
0906	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 03/2018			0,04	0,00	0	0,00
0906	Devolução Subsídio			-14,73	0,00	0	0,00
TOTAL				29,59	37,32		9,33

AVANÇAMENTO	TOTAL A PAGAR
06/06/2018	R\$ 29,59

36	37	40	35	39	48	35	48	43	42	40	37
Mar/17	Abr/17	Jun/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18

RESERVADO AO FISCAL
9b1d-9e80.120b.52a6.f690.0815.7f19.a590.

Indicadores de Qualidade	Limites	Aprovado	Limite de Tensão
FC SEMESTRAL	28,34		NOMINAL
FC ANUAL	52,66		
FC MENSAL	15,04	0,00	CONTRATADA
FC TRIMESTRAL	31,08		UNITE INFERIOR
FC ANUAL	7,20	0,00	UNITE SUPERIOR
CMSC	15,80		

Composição do Consumo	Valor	%
Serviço de Dist. de Energia PB	4,43	15,13
Compra de Energia	8,96	30,29
Serviço de Transmissão	0,69	2,33
Encargos Setoriais	1,24	4,19
Impostos, Oneros e Encargos	17,72	59,88
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	29,59	100,00

COMPREV
PREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
02-ABR. 2019
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA



TIM
BLACK



CTO RECIFE PE PL5
HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
RUA PRAÇA 15 DE NOVENBRO, 124 -
ESCRITÓRIO
CENTRO
56870-000 TRIUNFO PE



25000968



7214046718 44717 00000006611 30 291118

**BAIXE JÁ O
APP MEU TIM**



Venha para a Conta
Digital e tenha 500 MB
de Bônus toda mês.

ML: 020400 - Seq: 00988 / 001625 - TIM / AT7082201811_MQDC106_005_Mediana



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Humberto Magalhães de Carvalho inscrito (a) no CPF sob o Nº 041.542.024 / 56 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria de Lourdes de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 025.267.844 / 33 do sinistro de DPVAT cobertura imobilidade da Vítima Maria de Lourdes de Sousa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 025.267.844 / 33, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Advogado Renda: Renda Informal e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua, 15 de Novembro</u>		Número <u>124</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Trunfo</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56.870-000</u>
Email <u>hmc.advocacia@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(87) 3846-1036</u>	Telefone celular (DDD)

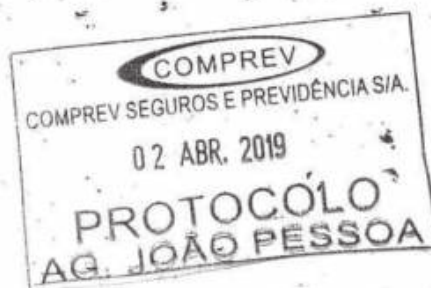
Trunfo/PE, 02 de Abril de 2019

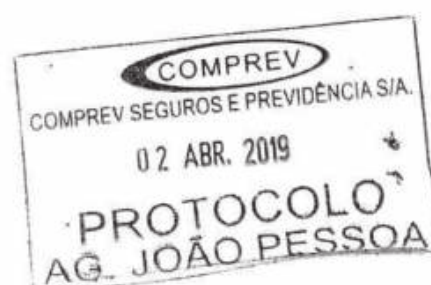
Local e Data


Assinatura do Declarante

DLRL001 V001/2017







PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: MARIA DE LOURDES DE SOUSA, brasileira, solteira, agricultora, portador da Cédula de Identidade nº 1.958.237- 2º via SSDS/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 025.267.844-33, residente e domiciliado no Povoado Lagoa de São João, Zona Rural, 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: **MARIA DE LOURDES DE SOUSA**.

Princesa Isabel/PB, 01 de Novembro de 2018.



Maria de Lourdes de Sousa
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0113200/19

Vítima: MARIA DE LOURDES DE SOUSA

CPF: 025.267.844-33

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 10/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA DE LOURDES DE SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO : 041.542.024-56

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

MARIA DE LOURDES DE SOUSA : 025.267.844-33

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: 02/04/2019
Nome: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
CPF: 041.542.024-56

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/04/2019
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE
CPF: 930.630.914-72

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE

